Eina kartą per mėnesį

1935 m.

XVI METAI

Nr. 2.

Vasario mėn.

Nr. 2.

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TEIPPAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS.

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius **D-ras J. Staugaitis.**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS.

SOMMAIRE.

Gerb. „Medicinos“ ėmėjai

prašomi mokėti „Medicinos“ 1935 metų prenumeratą.

„Medicinos“ Red.-Adm.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVI met. | 1935 m. Vasario mėn. | Nr. 2

Gyd. J. Šopauskas.

Chronaksija kaip audinių jautrumo matas.

(Iš V. D. U-nto Fyzijologijos instituto; vedėjas — prof. V. Lašas).

Galvaninio jaudinimo pagrindiniai dėsniai.

Vienas labiausiai įdomus gyvo audinio ypatumas yra jo jautrumas, t. y. sugebėjimas atsakyti į jaudinimus. Tarp įvairių jaudiklių, vartojamų audiniams jaudinti, patogiausias yra elektrinis jaudiklis. Studijuojant audinių jautrumą, jaudikliu dažniausiai vartojama galvaninė srovė, nes ji yra patogiau matuoti.

Taikant gyvam audiniui galvaninę srovę, reikia turėti galvoje šios pagrindinės sąlygos: 1) srovės stiprumas, 2) srovės pro audinį tekėjimo laikas ir 3) srovės pasikeitimo staigumas.

1. Srovės stiprumas. Jau paviršutiniškai stebėdami įsitikiname, kad, jaudindami stipresne srove, gauname stipresnę reakciją. Pav., imame visiems žinomą varlės nervo-raumens preparatą ir jaudiname įjunginėdami galvaninę srovę; į stipresnę srovę raumenėlis reaguos stipriau susitraukdamas. Norėdami turėti supratimą apie to preparato jautrumą, pradedame jį jaudinti pro nervą įjunginėdami visai silpną srovę, — susitraukimas nebeįvyksta; stiprindami srovę pasiekiame tokį srovės stiprumą, kada raumenėlis pradeda silpnai trūkčioti. Tokį jaudiklį, vos tik pajėgiantį sujaudinti audinį, vadiname slenkstiniu jaudikliu, o į tokį jaudiklį reagavimą vadiname slenkstine reakcija. Toliau stiprindami srovę, gauname stipresnę reakciją, šituo atveju stipresnį raumenėlio susitraukimą. Teippat įsitikiname, kad galvaninė srovė jaudina preparatą tik įjungiant ir išjungiant srovę, o nuolat tekėdama raumenėlio nejaudina. Jei turime kelis nervo-raumens preparatus, tuojau pastebime, kad vieni iš jų duoda slenkstinį susitraukimą, esant silpnesnei srovei, antri — esant stipresnei; net tas pats preparatas kiek vėliau reikalingas stipresnio slenkstinio jaudiklio. Vadinas, nervo-raumens preparato jautrumas pasikeitė, mūsų atveju jis sumažėjo. Vadinas, srovės stiprumas, reikalingas slenkstinei reakcijai gauti, atvirkščiai santykiuoja su audinio jautrumu.

Kalbant apie srovės stiprumą, dažnai turima galvoje srovės stiprumas ne kaip toks, bet išreikštas skersiniame pjūvio plote ir vadinamas srovės tankumu. Tas srovės tankumas matuojamas amperais arba, dažniausia, milijamperais pjūvio ploto kvad. sant-tre. Daugeliu atvejų esti nežinoma, pro kurį skersinį plotą srovė teka, todėl ir negalima pasakyti, koks bus srovės tankumas. Dažnai pasitenkinama žinant srovės stiprumas (I), išreikštas milijamperais tam tikrose sąlygose, arba net voltažas (V), kuriam tose pačiose bandymo sąlygose srovės stiprumas ir srovės tankumas yra proporcingi. Ištikrųjų ir iš Om'o dėsnio $I = \frac{V}{R}$ išeina: jei varža pastovi, tai I bus tiesiai proporcingas V.

2. Srovės tekėjimo laikas jaudinant galvanine srove teippat labai svarbus reiškinys. Pav.: Gavome slenkstinį raumenėlio susitraukimą su tam tikru srovės stiprumu; toliau trumpinkime srovės tekėjimo laiką ir, jei tą laiką sutrumpinsime iki 1—2 σ, tai susitraukimas nebeįvyks; vadinas, norint gauti slenkstinį raumenėlio susitraukimą, svarbu ne tik slenkstinis srovės stiprumas, bet ir tam tikras laikas, kurį srovė teka pro audinį. Iš to pavyzdžio aišku, kad, norint sukelti raumenėlio susitraukimą, reikia suteikti tam tikras elektros kiekis, kuris išreiškiamas srovės stiprumo su laiku sandauga.

3. Raumenėlio susitraukimas įvyksta tik įjungiant ir išjungiant galvaninę srovę. Nuolat tekėdama galvaninė srovė raumenėlio nejaudina. Susitraukimas įvyksta ir tuo atveju, kai įjungta srovė staiga stiprinama arba silpninama. Priešingai, išlėto didinant srovės stiprumą, galima pasiekti ir labai stipri srovė, o susitraukimo nebus. Sakoma, srovė lyg įsėlina, nesukeldama susitraukimo. Iš to pavyzdžio išeina, kad, norint raumenėlį sujaudinti, svarbu ne absoliutus srovės stiprumas, bet kad tas srovės stiprumas keistųsi gana staiga.

Nuo Du Bois-Reymond'o iki L. Lapicque'o.

Du Bois-Reymond (1) 1845 m., eksperimentuodamas su varlės nervo - raumens preparatu, trumpino srovės pro nervą ėjimo laiką. Tada vartotais prietaisais jis galėjo sutrumpinti tą laiką iki 5 σ. Jo bandymo sąlygomis raumenėlio susitraukimai pasiliko tokie patys. Todėl Du Bois Reymond padarė teisingą išvadą, kad jaudinamąjį (motorinį) nervą jaudina ne nuolat tekanti srovė, bet srovės atsiradimas arba pranykimas. Pažodžiu Du Bois Reymond'o paskelbtas dėsnis skamba šiteip: „Ne absoliutus srovės tankumas, esąs kiekvienu momentu nerve, verčia motorinį nervą atsakyti atitinkamo raumens susitraukimu, bet tos srovės tankumo kiekvienu momentu pasikeitimas. Ir, be to, susitraukimai, lydį nervo pakitimus, yra tuo geriau išreikšti, kuo greičiau esant tam pačiam dydžiui tie srovės tankumo pasikeitimai vienas antrą seka arba kuo daugiau jų būna per laiko vienetą". Matematinė dėsnio formulė yra šitokia:

$E = F\left(\frac{d\Delta}{dt}\right)$. E — momentinis sujaudinimas, Δ — srovės tankumas, t — laikas.

Iš Du Bois Reymond'o dėsnio išeina, kad sujaudinimas pareina ne tik nuo srovės tankumo, bet ir nuo tos srovės tankumo svyravimų greitumo (staigumo) pasikeitimo; jis bus juo didesnis, juo greičiau (staigiau) pro nervą tekančios srovės tankumas didės arba mažės. Pasak Du Bois Reymond'o, nėsą faktų, kurie leistų galvoti apie laiko reikalingumą srovei pereiti pro nervą.

Nepraėjo nė 20 metų, kaip iš Fick'o (1863 m.) bandymų (3) paaiškėjo jaudinimo laiko reikalingumas. Fick tyrė jautrumą ir susitraukinėjimus m. adduct. valv. Anadontae, kurios raumenėliai skiriasi nuo varlės raumenėlių savo susitraukinėjimų lėtumu. Tam tikru prietaisu jis galėjo leisti srovę labai trumpą laiką ir pamatė, kad į tokius trumpus jaudinimus tas anadontos raumenėlis visai nereaguodavo. Leidžiant srovę ilgesnį laiką įvykdavo susitraukimai, kurie, srovės ėjimo laiką ilginant, stiprėdavo.

Vėliau, 1867 m., Brücke (3) Fick'o pastebėjimus, kad labai trumpą laiką tekanti srovė nejaudina raumens, patvirtino.

1870 m. König (3), Helmholtz'o vadovaujamas, eksperimentavo su varlės nervo-raumens preparatu. Vartojo pastovaus stiprumo galvaninę srovę, sukeliančią maksimalinius raumenėlio susitraukimus. Srovės ėjimo laiką galėjo tam tikro aparato (Helmholtz'o švytuoklės) pagelba keisti.

Buvo gauti šitokie rezultatai: Leidžiant srovę 1 σ susitraukimų nebuvo; leidžiant 2 σ susitraukimai buvo silpni ir, ilginant laiką 3, 4, 5 σ, susitraukimai vis stiprėjo, kol pasiekė 15 — 18 σ laiką. Ilgesnis laikas neturėjo susitraukimams jokios reikšmės. Iš tų bandymų buvo padaryta išvada, kad nervui jaudinti srovė turi tekėti pro nervą mažiausiai 15 σ.

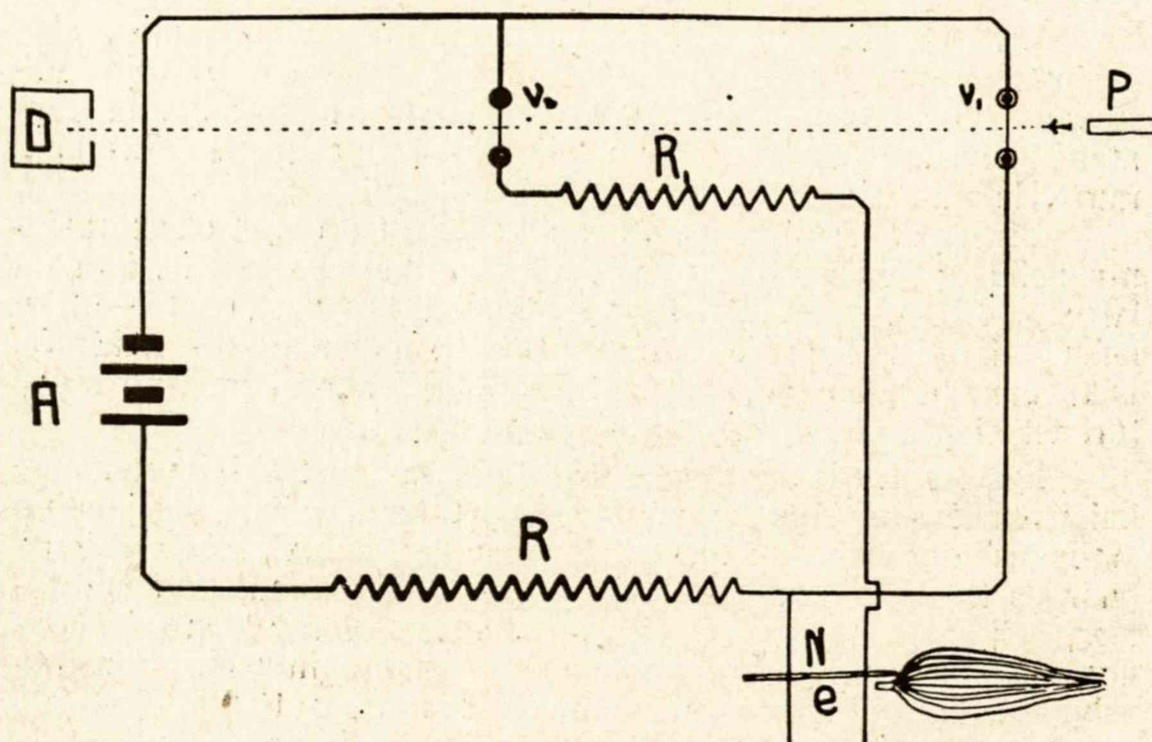
Fyzikas L. Hoorweg (3) 1892 m. nustatė ir matematiškai išreiškė santykius tarp srovės stiprumo ir laiko. Jis jaudino žmogaus raumenis in situ, sukeldamas slenkstinius susitraukimus įvairaus talpumo kondensatorių pagelba. Iškraunant kondensatorius, galima į audinį pasiųsti labai trumpos elektros srovės bangos. Kondesatorių iškrovimo bangos fyzijologinių eksperimentų sąlygose, kai grandinės varža būna didelė (nuo 10.000—100.000 omų) ir be savos indukcijos, visai prigęsta ir neosciliuoja. Tų bangų pradžia yra staigi, o pabaiga eina išlėto. Laikas, kurį tokia kondensatoriaus iškraunamoji banga jaudina, pareina nuo kondensatoriaus talpumo, žinoma, jei varža lieka pastovi.

Srovės prikrovimo arba iškrovimo stiprumas (i), kondensatoriaus talpumas C, esant voltažui ir varžai R(be savosios indukcijos), išreiškiamas šitokia formule: $i = \frac{V}{R} \cdot e^{-\frac{t}{RC}}$, kur e — natūralaus

logaritmo pagrindas ir t — laikas nuo grandinės uždarymo. Jaudinant greit reaguojančius audinius (skersaruožiai raumens), laikas vartojamas dešimtųjų sigmos dalių ribose, o jaudinant lėtus audinius lygieji raumens), tenka pavartoti ilgesnis laikas — iki 0,01 sek. Elektros kiekis, pavartotas jaudinimui, iškraunant kondensatorius, išreiškiamas voltažo su talpumo sandauga: $Q = VC$.

Tam pačiam tikslui išeikvota energija yra lygi pusės kond. talpumo su voltažo kvadratu sandaugai: $W = 0{,}5\ C\ V^2$. Bandydamas su žmogaus raumenimis, H o o r w e g priėjo šitokias išvadas: Norint mažinti kondensatoriaus talpumą (varža nesikeičia) ir gauti tą patį slenkstinį susitraukimą, voltažas reikia didinti, nuo ko elektros kiekis nuosekliai mažėja, o energija iš pradžių mažėja, vėliau pradeda kilti. Šituos santykius jis išreiškė formule $V = aR + \frac{b}{C}$, kur V — kondensatoriaus prikrovimo voltažas, R — grandinės varža, C — kondens. talpumas, a ir b — dvi konstantos. Elektros kiekių formulę gausime, sudauginę abi lygties puses su talpumu C. $Q = VC = aRC + b$.

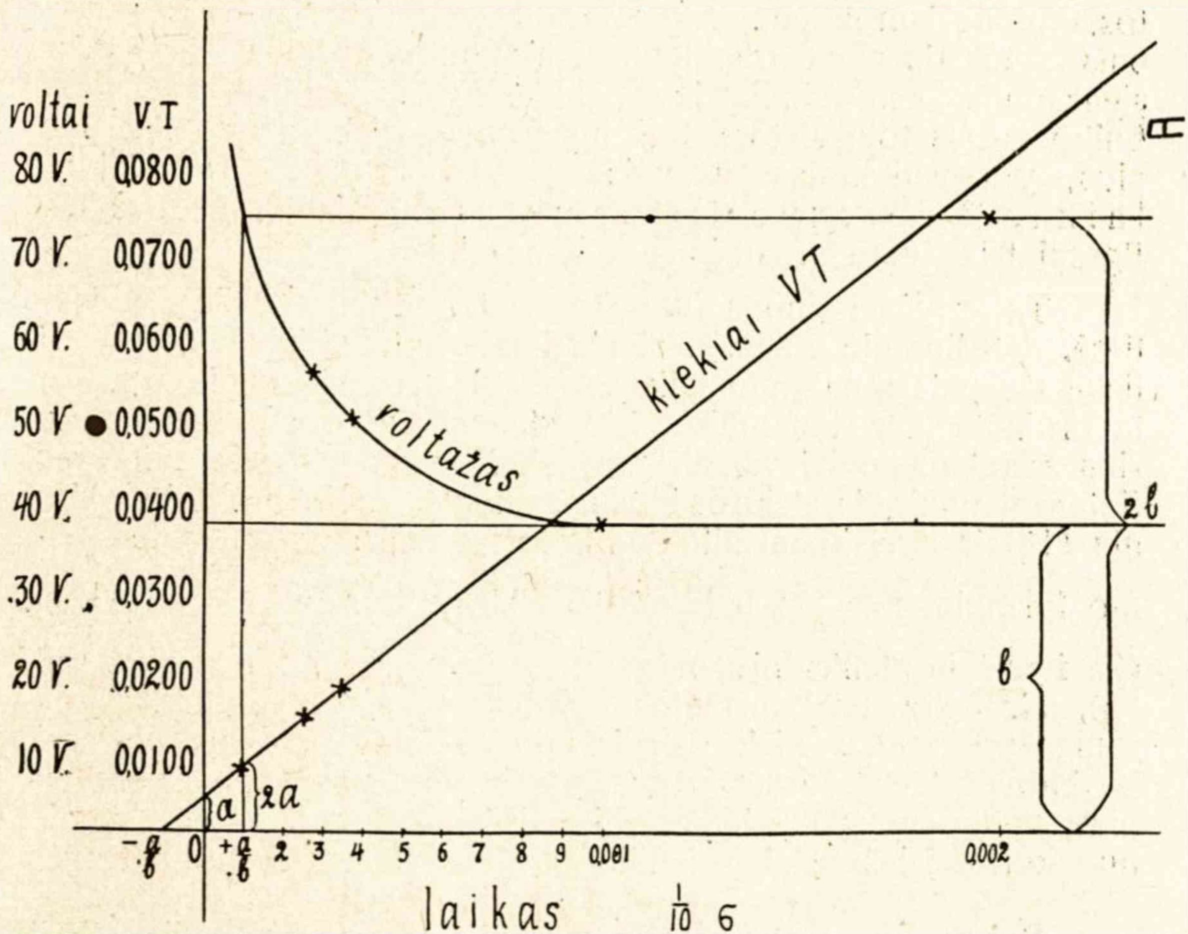
Vadinasi, H o o r w e g nustatė tamprų sąsyjį tarp srovės ėjimo laiko, viena, ir voltažo, talpumo ir energijos, antra vertus.



1-as brėžinys.
Balistinio reotomo schema.

1901 m. G. W e i s s (10) išrado naują prietaisą, vadinamą balistiniu reotomu, su kuriuo jis galėjo pro jaudinamą preparatą leisti stačiakampę galvaninės srovės bangą, trunkančią nuo 0,1 iki kelių sigmų. Aparatas veikią su didele precizija. To aparato veikimo principas štai koks (Žiūr. 1 brėž.): pistalieto (p) kulka,

kurios pradžios greitis tiksliai žinomas, perkerta vieną po antros dvi plonas varines vieliukes (V_1 ir V_2); atstumas tarp jų teippat žinomas. Perkertant pirmąją vieliukę (V_1) nutraukiamas trumpas sujungimas, ir srovė iš elementų turės eiti pro vieliukę V_2, varžą R_1, elektrodus e, preparatą N ir varžą R. Perkertant antrąją vieliukę (V_2) srovė visai nutraukiama. Pirmoji vieliukė (V_1) yra visada pastovi — arti pistaleto vamzdžio, antroji galima stumdyti ant išmatuoto pagrindo. Tuo būdu, jei žinomas kulkos greitis ir atstumas tarp abiejų vielų, galima tiksliai pasakyti, kiek laiko srovė ėjo pro preparatą. Balistinis reotomas ir šiandien tebelaikomas vienu iš tiksliausių tos rūšies prietaisų ir daugelyje fyzijologijos laboratorijų vartojamas.



2-as brėžinys.

Weiss'o dėsnis pagal G. Bourguignon'ą jaudinant žmogaus raumenį, m biceps, motoriniame taške.

W e i s s dirbo su nuogais varlių nervais. Grandinėje vartojo serijomis su audiniu dideles varžas (nuo 100.000 iki 300.000 omų), be savosios indukcijos, todėl audinių varžos pasikeitimų galėjo neimti galvon ir atskaitinėti voltažą srovės stiprumo vietoje, nes per tokį trumpą srovės ėjimo laiką stiprumo negalima atskaityti.

W e i s s (11, 12) įrodė, kad slenkstinis srovės stiprumas mažėja, jei ilginamas srovės ėjimo laikas iki tam tikro slenksti-

nio stiprumo, kuris pajiegia raumenėlį sujaudinti. Šitas minimalus srovės stiprumas lieka toks pats, nors toliau ir ilginamas srovės ėjimo laikas. Šitas minimalus srovės stiprumas yra tas pats jaudinimo slenkstis.

G. Weiss atžymėjo srovės įtampą (voltažą) koordinatų systemos ordinatoje, o laiką abscisėje (žiūr. 2 brėž.) ir gavo ekvilateralinės (lygiašonės) hyperbolės išvaizdos kreivę. Pravedus jai liečiamąją, ji būtų lygiagreti abscisei. Ordinatos atkarpa b ligi liečiamosios vaizduoja slenkstinį srovės stiprumą, arba įtampą, jei srovė teka labai ilgą laiką. Tas slenkstinis stiprumas, praktiškai imant, sutampa su jaudiklio slenksčiu. Jei iš dešinės į kairę eidami vis trumpinsime srovės ėjimo laiką, tai iki tos vietos, kur liečiamoji ima skirtis nuo hyperbolės, vis dar įvyks toks pats slenkstinis susitraukimas. Trumpinant laiką dar labiau, slenkstiniai susitraukimai įvyks tik tada, kai sustiprinsime srovę. Laiko tarpas toje vietoje, kur hyperbolė atsiskiria nuo liečiamosios, yra vadinamas naudingasis srovės veikimo laikas (Lapicque, Gildemeister). Vadinasi, srovė leisti ilgesnį laiką nėra prasmės, nes ji neveikia.

Tą srovės įtampos (voltažo) kreivę atitinka elektros kiekių tiesė. Ordinatoje atžymėti slenkstiniai elektros kiekiai, o abscisėje lieka tas pats jaudinimo laikas. Ta elektros kiekių tiesė perkerta ordinatą aukščiau nulio. Šitų slenkstinių srovės įtampų, kurios, esant pastoviai varžai, yra proporcingos srovės stiprumui (intensyvumui), ir elektros kiekių santykiai vadinami Weiss'o dėsniu (12) ir išreiškiami šitokiomis formulėmis: Srovės intensyvumo formulė $i = \frac{a}{t} + b$ ir elektros kiekių formulė $it = a + bt$. Čia i reiškia slenkstinį srovės intensyvumą, kurs bėga per t (laiką), a ir b yra dvi konstantos. Konstanta a, kaip iš kreivės matome, yra elektros kiekio dydis nuo ordinatų pradžios ligi susikirtimo su kiekių tiese. Konstanta b yra slenkstinis intensyvumas, matuojamas ligi hyperbolės liečiamosios, t. y. toje vietoje, nuo kurios į dešinę laikas jaudinimo slenksčiams nebeturi reikšmės.

Paėmę konstantų a ir b santykį $\frac{a}{b}$, gauname laiko dydį. Iš tiesų, padalijię elektros kiekį iš intensyvumo, gauname laiką. Šitas laikas yra būdingas audinio jautrumui: juo audinys jautresnis, juo mažesnį laiką gauname. Jau pats Weiss spėjo, kad šitas laikas turi apibūdinti nervų ir raumens jautrumą. Bet jis pastebėjo, kad santykis $\frac{a}{b}$ pareina ne tik nuo bandomojo preparato jautrumo, bet ir nuo bandymo sąlygų, kaip antai: elektrodų paviršiaus, jų rūšies, prispaudimo, atstumo vienas nuo antro ir t. t. Weiss savo bandymais praplėtė žinias apie audinių jautrumą. Nuo to laiko pradėta vartoti ir laiko parametras.

Chronaksija.

G. Weiss'o dėsnis buvo pirmasis pagrindas, kuriuo pasiremdamas L. L a p i c q u e (4) išvedė chronaksijos sąvoką. Po nedidelių formulės pakeitimų įsitikiname, kad, jei srovės stiprumas lygus 2b, tai slenkstinis srovės tekėjimo laikas bus lygus $\frac{a}{b}$, t. y. chronaksijai (kaip kad L. Lapicque yra pasiūlęs). Ir ištikrųjų: jei $t = \frac{a}{b}$, tai Weiss'o formulė $i = \frac{a}{t} + b$ virsta $i = \frac{a}{\frac{a}{b}} + b$ arba $i = 2b$. 2-me brėžinyje matome ir reikšmę $t = \frac{a}{b}$ į kairę ir į dešinę nuo ordinatų pradžios. L. Lapicque Weiss'o lygtį pakeitė šiteip: $i = \frac{a}{t} + b$, kad atsirastų joje $\frac{a}{b}$ santykis, ir, pakeisdamas $\frac{a}{b}$ į τ, pašalino iš tos formulės a konstantą, palikdamas tiktai konstantą b, kurią pavadino r e o b a z e, o savo įvestą dydį $\tau = \frac{a}{b}$ pavadino c h r o n a k s i j a. Minėti pakeitimai gaunami šiuo būdu: padalinę lygtį $i = \frac{a}{t} + b$ iš b gauname $\frac{i}{b} = \frac{a}{bt} + \frac{b}{b}$; išnešę $\frac{b}{b}$ už skliaustų: $\frac{i}{b} = \frac{b}{b}\left(\frac{a}{bt} + 1\right)$; abi puses padalinę iš b, gauname: $i = b\left(\frac{a}{bt} + 1\right)$; pakeitę $\frac{a}{b}$ reikšmę τ prieiname Lapicque'o išvestą formulę: $i = b\left(\frac{\tau}{t} + 1\right)$. Vadinasi, $i = 2b$, jei $\tau = t$. Iš tų išvedžiojimų išeina, kad audinio jautrumą apibūdina du parametrai: reobazė, srovės stiprumo dydis ir chronaksija — laiko dydis. Visus šituos dydžius apibrėžkime žodžiais:

1. Reobazė arba pagrindinis slenkstis yra toks srovės intensyvumas (stiprumas), kuriuo, įjungus neaprėžtam laikui nuolatinę srovę, galima gauti kontrakcijos slenkstis. Aišku, kad reobazė yra ne kas kita, kaip tas pats klasiškasis galvaninis slenkstis.

2. Chronaksija yra srovės tekėjimo laikas, kurį reikia leisti srovė, norint, kad įvyktų slenkstinis susitraukimas su dvigubos reobazės srovės stiprumu.

Abu jautrumo parametrai nėra lygiagrečiai. Reobazė daugiau priklauso nuo bandymo sąlygų, kaip antai: elektrodų paviršiaus, jų spaudimo arba atstumo nuo vienas antro. Chronaksija, kaip anksčiau L. L a p i c q'u e (4) tvirtino, pareinanti tik nuo tokių eksperimento sąlygų, kurios keičia audinio jautrumą, pav., temperatūra arba paties audinio ypatybių pasikeitimai. Bet vis dėlto vėlesni darbai parodė, kad chronaksija iš dalies pareina

ir nuo tų pačių sąlygų kaip ir reobazė. Ir mūsų Universiteto Fyziologijos laboratorijoje tat teko įsitikinti.

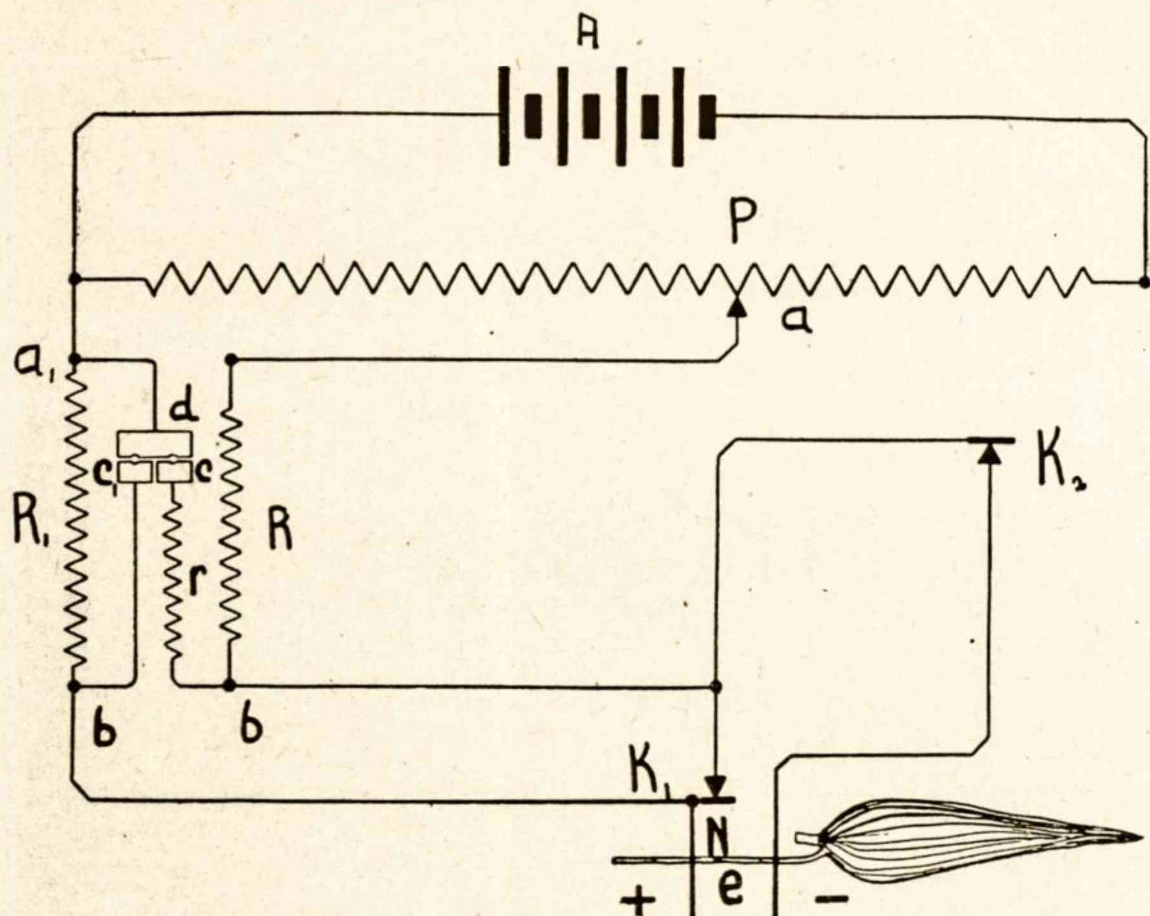
Chronaksijos matavimai.

Kaip iš apibrėžimo matoma, chronaksijos nustatymas yra paprastas: pirma, įjunginėjant srovę paprastu rakteliu, surandama reobazė (jaudinimo slenkstis); paskui tą slenkstinį voltažą padvigubiname ir ieškome trumpiausio laiko, per kurį mūsų preparatas reaguos.

Ištikrųjų, principas atrodo labai paprastas, bet praktikoje susiduriame su kliūtimis. Kadangi greit reaguojančių audinių chronaksija yra sigmos dešimtųjų dalių ribose, tad techniškai sunku atmatuoti tokis trumpas laiko tarpas, per kurį reikia leisti elektros srovė. Antra kliūtis: tiriamojo audinio varža dažniausiai būna nežinoma ir darbo metu ji gali keistis, todėl ir srovės stiprumas keisis Vadinasi, tokiomis sąlygomis negalime tiksliai rasti nė reobazės. Tos kliūtys elektrofyzijologams pasisekė apeiti. Leisti elektros srovei per trumpą laiką yra sukonstruuoti įvairūs prietaisai, kurių vienas tiksliausias ir šiandien vis dėlto tebėra G. Weiss'o balistinis reotomas, su kuriuo jau anksčiau esame susipažinę. Kiti prietaisai yra krintančio pasvarėlio arba švytuoklės principais paremti. Krintant pasvarėliui arba švytuojant švytuoklei, išjungiami viens po antro du kontaktai. Pirmąjį kontaktą išjungiant, nutraukiamas trumpas grandinės sujungimas ir srovė pasiunčiama pro preparatą, o išjungiant antrąjį kontaktą, srovė visai nutraukiama. Laikas, kurį srovė tekėjo pro preparatą, galima tiksliai atskaityti. Iš tos rūšies prietaisų labiau žinomas yra Lapicque'o chronaksimetras. Jei į srovės grandinę įeina gyvas audinys, kurio varža kinta, tai tokios grandinės varža surasti yra sunku, o varžos nežinant negalima ir reobazės tiksliai išmatuoti. Ta kliūtis L. L a p i c q u e'u i (3) pasisekė išvengti. Jis su savuoju šuntu realizavo tokią jaudinamąją grandinę, kurios varža nepareina nuo audinio varžos.

Aprašysiu schemą chronaksijai nustatyti su Lapicque'o chronometru, su balistiniu reotomu arba su kitais panašiais prietaisais (žiūr. 3 brėž.). A — srovės šaltinis, dirbant su nuogais nervais arba raumenimis, vartojamas apie 10 voltų. P — graduįiruotas varžynas, be savosios indukcijos, su kuriuo galime leisti į jaudinimo grandinę norimą voltažą, pradedant nuo $^1/_{200}$ srovės šaltinio dalies. Šitas varžynas vadinamas p o t e n c i j a l o r e d u k u o t o j u. Potencijalo redukuotoju atmatuojama reobazė, įjunginėjant srovę paprastu rakteliu, paskui rasta reobazė, sumažinus varžą, čia pat padvigubinama. Iš potencijalo redukuotojo srovė eina pro L. Lapicque'o šuntą, kurio varža $R = 7.000$ omų, varža $R_1 = 10.000$ omų ir varža $r = 3.000$ omų. Jei tarp d ir c ir c_1 bus užkišti abu kištukai (štepseliai), tai dėl d ir c_1 sujungimo varža R_1 bus išjungta, o dėl sujungimo d ir c išorinėje jaudinimo grandinėje susidarys varža $R + r = 7.000 + 3.000 = 10.000$ omų ir šuntas r

tarp b ir a_1 iš 3.000 omų varžos. Dėl šito šunto jaudinamoji grandinė lieka nepriklausoma nuo preparato varžos. Kaip brėžinys rodo, šituo atveju pro preparato nervą eina tik srovės dalis iš atsišakojimo b, didesnė dalis eina pro šuntą r. Jei šunte tarp sraigtų b ir a pakelsime voltažą, tai tokiuo pačiu santykiu pakils voltažas ir nerve. Vadinasi, teip sujungę, galime dirbti nė nežinodami preparato varžos. Ištraukdami kištuką tarp d ir c_1, į preparatą įjungiame dar 10.000 omų varžą. Padvigubinę reobazinį voltažą, jieškome trumpiausio laiko, per kurį leidžiant srovę preparatas ims reaguoti. Pradedame jaudinti, leisdami srovę labai trumpais laiko tarpais ir, jei nereaguoja, tuos laiko tarpus ilgi-



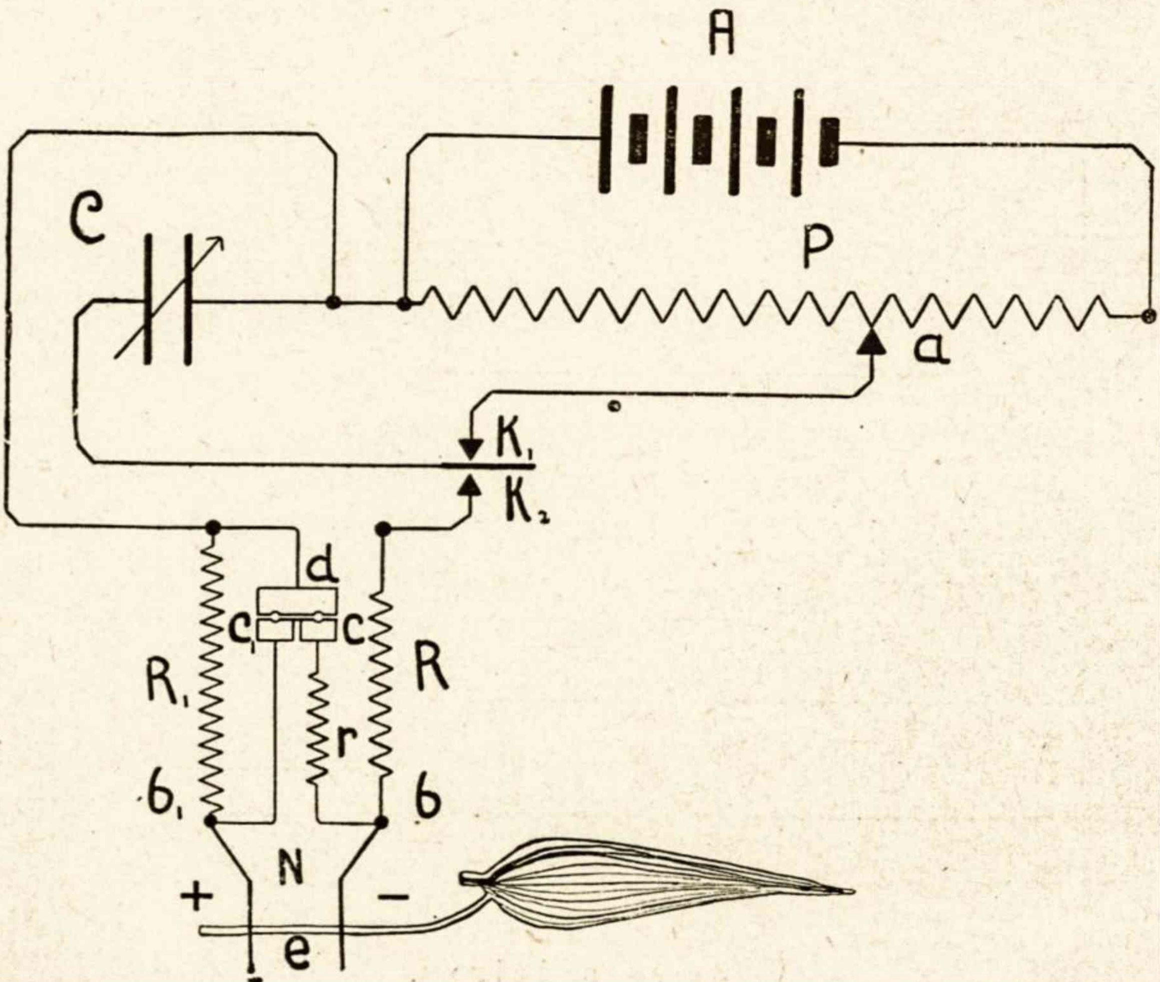
3-ias brėžinys.
Chronaksijai nustatyti schema Lapicque'o chronaksimetru.

name. Tas chronaksijos matuojamas laikas, jei dirbame su, palyginti, didelio jautrumo audiniais, kaip kad varlės nervo-raumens preparatas arba žmogaus raumens, yra sigmos dešimtosios dalys. Chronaksijai matuoti prietaisais, kaip kad G. Weiss'o balistiniu reotomu arba L. Lapicque'o chronaksimetru, galima pakankamai tiksliai tokie laiko tarpai atmatuoti. Pats preparato jaudinimas, kaip kad schemoje matoma, per tokį trumpą laiko tarpą vyksta šiuo būdu: išjungiant kontaktą K_1, nutraukiamas trumpas grandinės sujungimas ir paleidžiama srovė pro preparatą; išjungiant kontaktą K_2, srovės grandinė visai nutraukiama;

laiko tarpas tarp pirmo ir antro kontakto nutraukimo, aišku, yra jaudinimo laikas; jei, tą jaudinimo laiką ilgindami, prieiname tą ribą, kada preparate prasideda slenkstiniai susitraukimai, tai tas minimalus laikas ir yra chronaksija.

Chronaksijos nustatymas kondensatoriais.

Aprašinėjant Hoorweg'o bandymus, buvo patiektos kondensatorių prikrovimo, voltažo, elektros kiekio ir energijos formulės. Teippat esu minėjęs, kad, iškraudami kondensatorius,



4-as brėžinys.
Schema chronaksijai nustatyti kondensatoriais.

gauname srovės bangą su staigia pradžia ir su išlėto krintančia pabaiga. Juo kondensatorius yra didesnio talpumo, juo ta nusileidžiančioji dalis kris lėčiau ir pats išsikrovimas per pastovią varžą užtruks ilgiau. Gyvas audinys į tokią srovės bangą reaguos, kaip į įjungiamąjį galvaninės srovės smūgį. Laikas, kurį srovė veikia iškraunant kondensatorių, esant pastoviai varžai, pareina nuo kondensatoriaus talpumo. Jei varža ir talpumas kinta, tai kondensatoriaus iškrovimo laikas yra proporcingas

sandaugai RC, kurią vadiname laiko konstanta. L. Lapicque (3) pritaikė kondensatorius chronaksijai nustatinėti. Tokie trumpi laiko tarpai, kuriais išreiškiama chronaksija, parenkant tam tikro talpumo kondensatorius, yra lengviau matuoti, negu naudojant galvaninę srovę ir nutraukiant ją balistiniu reotomu arba chronaksimetru. Čia patiekiu schemą (4 brėžin.) chronaksijai nustatyti panaudojant kondensatorius, kur A — akumuliatorių batarėja, P — potencijalo redukuotojas, C — įvairaus talpumo kondensatorių rinkinys, K ir K_1 — kontaktai, R, R_1 ir r Lapicque'o šunto varžos, tokio paties dydžio, kaip kad aprašytosios ankstybesnėje schemoje. Naujesniame kondensatorių rinkinyje, kurį turi ir mūsų Fyzijologijos institutas, yra šie kondensatorių talpumai:

1 kond. po	0,001	mikrofarado	1 kond. po	0,1	mikrofarado
2 —	0,002	„	1 —	0,2	„
1 —	0,005	„	2 —	0,5	„
1 —	0,01	„	1 —	1,0	„
2 —	0,02	„	2 —	2,0	„
1 —	0,05	„	1 —	5,0	„

Šitais kondensatoriais galime rasti laiko konstantą RC šiose ribose: 1) Jei C = 10 m. F ir varža R = 20.000 omų, tai $RC = 2.10^4 . 1.10^{-5} = 2.10^{-1}$ = 0,2 sek. 2) Jei C = 0,001 m. F ir varža R = 10.000 omų, tai $RC = 1.10^4 . 1.10^{-9} = 1.10^{-5} =$ = 0,00001 sekundės arba 0,01 σ.

Tokie įvairūs laiko tarpai jokiais reotomais negaunami. Todėl šituo atžvilgiu, matuojant chronaksiją, kondensatoriai turi pirmenybę. Be to, kondensatorių metode galima greičiau dirbti, kaip kad vartojant reotomus. Praktiškai dirbama šiteip:

Iš pradžių jaudinimui panaudojamas didelio talpumo kondensatorius, kurio iškrovimo laikas būtų didesnis, kaip kad srovės tam audiniui veikimo laikas. Dirbant su varlės nervo-raumens preparatu, paprastai, kaip kad Lapicque pataria, imamas 2—4 m F talpumas. Potencijalo redukuotoju ieškome reobazin o potencijalo, sujungę kontaktą k_1, prikrauname kondensatorių C, greit paspaudę svirtelę, nutraukame kontaktą K_1 ir sujungiame kontaktą K_2, tuo būdu pritrauktas kondensatorius C išsikrauna pro preparatą. Potencijalo redukuotoju keliame potencijalą, kol preparatas ima reaguoti; teip rasime reobazinį potencijalą. Dabar padvigubiname reobazę ir ieškome mažiausio kondensatoriaus talpumo, į kurio iškrovimą preparatas reaguoja tokiuo pačiu slenkstiniu susitraukimu. Žinodami pavartotą varžą omais ir kondensatoriaus talpumą faradais, galime rasti laiko konstantą RC sekundėmis. Pav., varža buvo vartota 10 000 omų $= 1.10^4$ omų, mažiausias kondensatoriaus talpumas, į kurio iškrovimą preparatas reagavo slenkstiniu susitraukimu, pav., yra 0,085 mF $= 8.5.10^{-8}$ F; iš čia $RC = 1.10^4 . 8{,}5.10^{-8} = 8{,}5.10^{-4}$ = 0,00085 sek. = 0,85 σ.

Šitoji laiko konstanta dar nėra chronaksija. L a p i c q u e, palygindamas laiko konstantą su chronaksijomis, gautomis balistiniu reotomu iš daugelio bandymų, surado, kad ji (laiko konstanta) reikia dauginti iš $^3/_8$. Vadinasi, tikra chronaksija šituo atveju bus lygi:

$$RC \times \frac{3}{8} = \frac{0{,}85.3}{8} = 0{,}32\ \sigma.$$

Chronaksijos reikšmė fyzijologijai.

L. ir M. L a p i c q u e'ai, nustatinėdami įvairių gyvulių rūšių chronaksiją, įsitikino, kad chronaksija yra geras audinių jautrumo matas. Pasirodo, kad yra glaudus sąsyjis tarp chronaksijos ir kaikurių audinio ypatumų, kaip va: raumens susitraukimo laiko, liatentinio perijodo, refraktinio perijodo, nervinio impulso ir t. t. Greičiau reaguoją audiniai, kaip taisyklė, turi trumpesnę chronaksiją. Chronaksija, pasak L. L a p i c q u e'o (3), gerai apibūdina daugelį audinio ypatumų.

Čia suminėsiu labiau būdingąsias išvadas:

1. V e i k i m o l a i k a s: Jei reobazinio stiprumo srove jaudiname nervo-raumens preparatą, leisdami tą srovę neaprėžtą laiką, gauname slenkstinį susitraukimą. Trumpindami srovės ėjimo laiką tuo pačiu reobaziniu stiprumu, išpradžių gauname vis tokį patį slenkstinį susitraukimą, kol prieiname ribą — 3 σ laiko tarpą. Dar labiau trumpinant laiką, susitraukimas jau nebeįvyksta — reikia pakelti srovės stiprumas arba pailginti laikas iki 3 σ. Jei ilginamas laikas daugiau kaip 3 σ, jaudinant to paties reobazinio stiprumo srove, tai įvyksta vis toks pats slenkstinis susitraukimas. Vadinasi, 3 σ šituo atveju yra minimalus laikas, per kurį, jaudinant reobazine srove, įvyksta slenkstinis susitraukimas, arba, kitaip sakant, tat yra laikas, per kurį srovė veikią, — ilgesnį laiką leidžiant tą srovę, didesnio efekto negaunama. Šitas laikas yra vadinamas naudingasis s r o v ė s v e i k i m o l a i k a s (temps utile, anot L. L a p i c q u e'o (3,9), Nutzzeit, anot G i l d e m e i s t e r'io). Veikimo laikas, kaip kad ir chronaksija, apibūdina įvairius raumens jautrumo ypatumus. Bet chronaksija turi pirmenybių, nes ji galima tiksliau nustatyti, kaip tat matoma hyperbolinėje kreivėje. (Žiūr. 2 brėž.)

Ištikrųjų ten, kur ta hyperb. kreivė pradeda kilti nuo asimptotės, yra sunku atmatuoti laikas abscisės atkarpa. Kas kita ties chronaksija: čia laiko atkarpa statmenai atsiremia į hyperbolę. Veikimo laikas, pagal L. L a p i c q u e, yra lygus 10 chronaksijų.

L. ir M. L a p i c q u e'ų bandymais nustatytas toks kaikurių gyvių raumenų veikimo laikas: (žiūr. lentelę 85 pusl.).

Šitoji lentelė rodo, kad gyvulių, pasižyminčių lėtesniais judesiais, raumenų susitraukimo laikas yra ilgesnis, jie turi ilgesnį veikimo laiką ir didesnę chronaksiją. Ištikrųjų, kiekvienam krinta

Gyvio pavadinimas	Chronaksija	Veikimo laikas sigmomis	Raumens susitr. laikas
Varlė (R. esculenta) m. gastrocnem.	0,3	3	0,1 sek.
„ (R. temporaria) „ „	0,7	7	
„ (R. esculenta) m. rect. abdom.	0,9	9	
Rupūžė (Bufo vulg.) m. gastrocn.	1,3	13	0,16 sek.
Helix pomatia	4,8	48	
Vėžlys (Testudo graeca) širdies skilv.	8,2	82	3 – 3 sek.
Krabas (Carcinus maenas) čiupikas	30 σ	300	5 sek
Aplizija (Aplisia punctata) apsiaustas	80 σ	800	

į akis paprastos mūsų rupūžės judesių lėtumas, o žaliosios varlės — greitumas. Lentelėje matome, kad rupūžė turi 4 kartus didesnę chronaksiją kaip kad žalioji varlė. Vadinasi, chronaksija klasifikuoja bijologinius padarus teip, kaip raumenų susitraukimo greitis.

2. N e r v i n i o i m p u l s o g r e i t i s. Žinome, kad varlės nervu impulsas bėga apie 30 metrų per sekundę, o tos pačios varlės chronaksija yra 0,3 σ; vadinasi, impulso greitis yra lygus apie 1 cm. vienai chronaksijai. Toks pats greitis skaičiuojant vienai chronaksijai tenka ir kitiems nervams.

3. C h r o n a k s i j a i r n e r v ų s k a i d u l ų s t o r u m a s. Yra sąsyjis tarp chronaksijos ir skaidulų storumo, būtent, plonesnės nervo skaidulos turi ilgesnę chronaksiją ir atvirkščiai.

4. I z o c h r o n i z m o d ė s n i s. Iš savo daug kartotų bandymų L. ir M. L a p i c q u e'ai (8,3) prieina išvadą, kad motorinio nervo ir raumens chronaksija esanti ta pati. Veikiant vaistais galima raumens arba nervo arba vieno ir antro chronaksija pakeisti. Pav., paveikus curare nuodui, paralyžiuojančiam raumenis, raumens chronaksija imanti didėti, o nervo chron. liekanti tokia pati. Nervo ir raumens chronaksijos tampančios nebesuderintos ir todėl jaudinimas iš nervo, anot L. L a p i c q u e'o, nebegalįs praeiti į raumenį. Tą motorinio nervo ir raumens chronaksijos prasiskyrimą L. L a p i c q u e pavadino h e t e r o c h r o n i z m u. Kada nervo ir raumens chronaksijos santykis pasiekdavo 2, tuomet jaudinimai iš nervo nebepraeidavo į raumenį. Pažymėdamas + (pliusu) chronaksijos padidėjimą, — (minusu) sumažėjimą ir =, kai ji lieka nepakitusi, pakartoju L. L a p i c q u e'o (3) lentelę:

N u o d a i	Raumuo	Nervas
Curare, spartein'as	+	=
Strychninas	=	—
Veratrinas	—	=

Nuo visų čia suminėtų vaistų esą galima gauti heterochronizmas, t. y., kai tas sakytasis santykis pasiekdavęs 2, jaudinimai iš nervo nebepraeidavę į raumenį. Šitoji heterochronizmo teorija, kaip matome, aiškina curare veikimą, nesiremdama terminalinėmis motorinių nervų plokštelėmis.

Yra žinoma, jei nervo-raumens preparatas ilgą laiką jaudinamas pro nervą, tai raumenėlis, pagaliau, taip nuvargsta, kad nustoja reagavęs. Tokiame nuvargusiame preparate Lapicque randa, kad raumens chronaksija padidėjanti, o nervo — liekanti tokia pati. Tuo būdu ir čia esąs gaunamas heterochronizmas.

Paskutiniu laiku anglų, vokiečių, net ir pačių prancūzų spaudoje atsiranda darbų, prieštaraujančių izochronizmo teorijai, o tuo pačiu, žinoma, prieštaraujančių ir curare veikimo teorijai (9). Prikišama, kad, matuojant raumens chronaksiją, vistiek esančios jaudinamos nervo šakelės, tūnojančios raumenėlyje. Tuo būdu esanti randama ne raumens, bet nervo chronaksija. Yra tik vienas raumenėlis, būtent, varlės musc. sartorius, kurio galas prie dubens visiškai neturi nervų šakelių. Toje vietoje matuojant chronaksiją, pasirodo, ji nesutampa su nervo chronaksija. Teippat nerandama raumens chronaksijos padidėjimo curare nuodams veikiant. Žodžiu, izochronizmo ir curare veikimo teorija elektrofyzijologijoje tapo gyvų diskusijų objektu. Daug dirbama ir rašoma. Reikia tikėtis, kad artimoje ateityje viena iš įdomiausių Lapicque'o teorijų bus patvirtinta arba atmesta.

Literatūra.

1. Hermann, L.: Handb. der Physiologie. Rusų vertimas. II t., Petrogradas, 1889.
2. Lapicque, L.: „Journ. de Physiologie et Pathologie générale". IX t., 565 p.,. 1907.
3. Lapicque, L.: L'Excitabilité en fonction du temps. Paryžius, 1926.
4. Lapicque, L.: „Comp. r. des séan. de la soc. de Biol." 67 t., 281 p., 1909.
5. Lapicque, L.: „Comp. r. des séan. de la soc. de Biol." 62 t., 701 p., 1907.
6. Lapicque, L. ir M.: „Comp. r. des séan. de la soc. de Biol." 82 t., 772 p., 1919.
7. Lapicque, L. ir M.: „Comp. r. des séan. de l'Acad. des scien." 140 t., 801 p., 1905.
8. Lapicque, M.: „Journ. de Physiologie et Pathologie générale" XVI t., 998 p., 1914.
9. Rushton, W. A.: „Journ. of Physiology". 77 t., 337 p., 1933.
10. Weiss, G.: „Comp. r. des séan. de l'Acad. des scien." 132 t., 999 p., 1901.
11. Weiss, G.: „Comp. r. des séan. de l'Acad. des scien." 132 t., 1068 p., 1901.
12. Weiss, G.: „Comp. r. des séan. de l'Acad. des scien." 132 t., 1143 p., 1901.

Zusammenfassung.

Es wird eine kurze Uebersicht über die historische Entwicklung der beiden Erregbarkeitsparametern und die Methoden der Bestimmung der Chronaxie gegeben. Ausser dem wird die Bedeutung der Chronaxie für die allgemeine Physiologie gezeigt.

Doc. dr. Vl. Kuzma.

Savižudybių klausymas Lietuvoje *).

I.

Savižudybių klausymas medicinoje šiais laikais domina visų didesniųjų specijalybių gydytojus: ir teismo medikus, ir pyschijatrus bei neuropatologus, ir internistus, ir chirurgus, ir pedijatrus, ir venerologus, ir gynekologus bei akušerius, ir kit., kuriems tenka susidurti su savižudybių atsitikimais, čia teisme sprendžiant klausymą, ar būta savižudybės ar nužudymo, čia priprastu būdu jieškant nusižudymo motyvų, čia teikiant pagelbą savižudoms ir t. t.

Nemažiau savižudybės klausymas domina ir visą visuomenę, kuri nuolat girdi ir kasdieninėje spaudoje skaito apie jaudinančius savižudybių atsitikimus.

Todėl mes norime tą visiems opų savižudybių klausymą, kad ir trumpai, paliesti tiek medicinišku, tiek ir visuomenišku mastu, pagrįsdami tą klausymą kaikuriais savais mediciniškais duomenimis. Tam tikslui panaudosime V. Kauno ligoninės (chirurginės ir vidaus ligų klinikų) 10 metų, nors stacijonarinius, savižudas ligonius, kurių dauguma man, tuo laikotarpiu būnant vyresniuoju chirurginės klinikos asistentu, tekdavo stebėti.

II.

Jei pažvelgsime į savižudybių istoriją, tai pastebėsime, kad savižudybės daugiausia buvo įsigalėjusios gilioje senovėje, kada žmonės žudydamies manė, saviems dievams gera darą. Tuo būdu gilioje senovėje savižudybės dažnai įeidavo į religijos kultą. Buddizmo pasekėjai, k. a.: kinai, japonai, indai ir kiti, dalyvaujant užjaučiančių žiūrovų miniai, skandydavosi upėse, šokdavo nuo uolų į bedugnes arba susidegindavo, kaip kad Indijoje tą patį darydavo moterys, laidodamos savo vyrus bei gimines.

Egipte Marko Antonijaus ir Kleopatros laikais žmonės žudydavosi, norėdami tuomi pareikšti savo valdovams ypatingą pagarbą. Tada būdavo steigiamos net draugijos, kurios rūpindavosi surasti tinkamesnes ir malonesnes nusižudymo priemones.

Keltų viešpatavimo laikais savižudybės dar labiau padažnėjo, nes jų laikais mirti namie, lovoje, buvo laikoma gėda. Todėl seniai, kad nemirtų namie, artimųjų akivaizdoje, dažniausiai šokdavo į bedugnę arba į upes. Tada mirties dieną žmonės linksmindavosi, o apverkdavo gimimo dieną, kaip įėjimą, mūsų liaudies priežodžiu tariant, į „ašarų pakalnę“.

Graikai ir romėnai teippat didžiuodavosi savižudybe. Plinijus laikydavo žmogų kilnesniu už gyvulius ir net už pačius

*) Pranešimas skaitytas Kauno Med. dr-jos posėdyje ir Studentų medikų „Ąžuolo“ dr-joje.

dievus todėl, kad žmogus kiekvienu laiku savo valia gali pertraukti savo gyvybę.

Jei Platonas smerkdavo tuos savižudas, kurie žudydavosi dėl skurdo, ateities baimės arba dėl valdžios įsakymų žudytis, kaip kad mes matome dabar darant vienoje mūsų gretimoje didžiulėje valstybėje, tai jis teisindavo tuos savižudas, kurie žudėsi dėl savų įsitikinimų.

Stojikai nustatė net savižudybėms dogmas. Tomis stojikų savižudybės dogmomis buvo persiėmę ir romėnai. „Mori licet, cui vivere non placet“ — vadovavo respublikos ir imperijos romėnus. Skepticizmas ir epikurėjizmas, įsigalėjęs senovės filosofijoje, buvo linkęs kovoti net su religijomis, kurios smerkdavo savižudybę.

Tik viduramžiais, krikščionybei įsigalėjus, savižudybės sumažėjo. Jau IV ir V šimtmetyje savižudybė buvo smarkiai smerkiama krikščionių, k. a. Šv. Augustino.

Bet vėliau, ligi X šimtmečio, savižudybių atsitikimai ypač padaugėjo, net vienuolių tarpe vienuolynuose.

Nuo XII iki XV šimtmečio, įvykus socijaliniams, literatūros ir meno perversmams, vėl grįžtama į senovės mokslus, palaikančius savižudybę, vėl savižudybių skaičius padaugėja, nors ir religijų ir valstybiniai įstatymai savižudybes drausdavo. XVI, XVII ir XVIII šimtmečiuose, įsigalėjus laisvės idėjoms, teippat nebuvo užmirštos ir senovės idėjos, k. a. stojikų, kurie savižudybę laikė didele išmintimi. Montesquieu, Rousseau, Voltaire (medikams žinomo ir iš „mine de Voltaire in senium praecox“) idėjos buvo susijusios su senovės idėjomis, ir tada suvižudybė būdavo kaip tam tikro patrijotizmo reiškinys arba egojizmo, indiferentizmo ir skepticizmo išdava.

XIX šimtmetyje, pasižymėjusiame didžiausiais gamtininkų tyrimais ir medicinos atradimais, pradeda vis daugiau vyrauti žmogaus gyvybės branginimo idėjos ir pats jau sumažėjusių savižudybių reiškinys moksliškai tiriamas.

Pasikėsinimus nusižudyti Brierre de Boismont, Morselli ir kiti stengėsi išaiškinti moraline asmens būtimi, pareinančia nuo asmens būdo, jo auklėjimo, jam artimų asmenų įtakos ir t. p. Nestigo ir „moralinių statistikų“, kuriomis norėta susekti įvairios savižudybių priežastys bei motyvai. Pastebėta, kad žymiai daugiau žudosi jaunimas. Atkreiptas dėmesys į mokyklų įtaką savižudybėms. Pagaliau imta kliniškai tirti savižudos ir susekta, kad žudosi ne tiek sveiki, kiek psychiškai ligoti asmenys. Dėl savižudybių daryta nemaža užmetimų moderniškai civilizacijai. Ir Masaryk pereito šimtmečio pabaigoje išsireiškė: „Die Selbstmörder sind die blutige Opfer der Zivilisierung“.

Pereito XIX šimtmečio pabaigoje Morselli mėgino aiškinti savižudybes net kaip socijališkai fyzijologišką reiškinį, kuris

kiekvienai tautai yra neišvengiamas, kaip antai: gimimai, mirimai, ligos, nusikaltimai ir t. t.

Pasak d-ro Lebedev'o, Erlenmayer Morselli'ui atsakęs: „Kodėl jis teigiamai nepatariąs vieną dieną iškastruoti visus abiejų lyčių naujagimius? tada tikrai būtume apsisaugoję nuo savižudybių bent dviems kartoms“. Mes gi matome, kad ta juokais paminėta kastracija šiais laikais jau savotišku būdu praktiškai taikoma vienoje mūsų gretimoje didžiulėje valstybėje.

III.

Visų kraštų statistikos duomenys rodo, kad šiais laikais visur bendras, tiek vyrų, tiek moterų, savižudybių skaičius vis daugėja.

Kalbant apie tos statistikos duomenis, deja, jau išanksto, mums tenka pastebėti, kad daugelis savižudybių statistikos duomenų vis dėlto iki šiol nėra pakankamai moksliškai pagrįstų, lygiai kaip iki šiol nėra ir socijalogiškai diferencijuotų savižudybių statistikų. Užtat yra gana sunku ir beveik neįmanoma tiksliai atsakyti į, gal būt, visuomeniškai įdomiausį klausymą, kodėl dabar tas savižudybių skaičius daugėja?

Jeigu, pa yzdžiui, paimtume vieną iš didžiųjų valstybių, kuri žmonijos istorijoje visada vaidino labai svarbų vaidmenį ir kuri dabar jau nebepaslėps nuo visos žmonijos, kad kaikuriais atvejais jos valdovai verčia savus piliečius žudytis, tai ta valstybė, mūsų didžiulė gretima Vokietija, pereito šimtmečio pradžioje (1818—1828 m.) turėjo kiekvienam 100.000 gyventojų tik 7 savižudybių mirtis. Šio šimtmečio pradžioje (1908 m.) savižudybių skaičius Vokietijoje padaugėjo, siekdamas kiekvienam 100.000 gyventojų 34 savižudybių mirtis. (Prof. Dr. Gruhle: „Selbstmord und praktischer Arzt“. „Med. Kl.“ 1933, 12 num.).

Didžiojo karo metu savižudybių mirčių skaičius Vokietijoje, lygiai kaip ir kituose kraštuose, buvo žymiai sumažėjęs. Bet po D. karo savižudybių mirčių skaičius vėl pradėjo visur didėti.

Teip Vokietijoje 1925 m. kiekvienam 100.000 gyventojų teko 28,9 savižudybių mirčių; 1931 m. kiekvienam 100.000 gyventojų teko 33,2 savižudybių mirčių („Das Reichgesundheitsbl“. 1932, 8 nr. (Žiūr. 1-ąją lentelę).

1-oji lentelė.

Austrijoje	kiekvienam	100.000	gyv.	1929 m.	teko	39,9	saviž.	mirč.
Čekoslovakijoje	„	„	„	„	„	30,1	„	„
Vengrijoje	„	„	„	„	„	29,0	„	„
Šveicarijoje	„	„	„	„	„	26,1	„	„
Japonijoje	„	„	„	„	„	24,5	„	„
Prancūzijoje	„	„	„	„	„	18,9	„	„
Suomijoje	„	„	„	„	„	18,6	„	„
Danijoje	„	„	„	„	„	17,6	„	„
Belgijoje	„	„	„	„	„	16,8	„	„

Amerikoje kiekvienam 100.000 gyv. 1929 m. teko 16,0 saviž. mirč.
Švedijoje „ „ „ „ „ 15,0 „ „
Naujoje Zelandijoje „ „ „ „ „ 13,5 „ „
Anglijoje „ „ „ „ „ 12,7 „ „
Pietų Afrikoje „ „ „ „ „ 10,7 „ „
Italijoje „ „ „ „ „ 9,5 „ „
Ispanijoje „ „ „ „ „ 6,2 „ „
Lenkijoje „ „ „ „ „ 2,1 „ „
Graikijoje „ „ „ „ „ 2,0 „ „

(„Annuaire Sanitaire“ ir kit.).

Paėmus minėtų valstybių didmiesčių savižudybių skaitlines, jos yra žymiai didesnės.

IV.

Lietuva, kaip tuojau pamatysime, savižudybių atveju yra kiek laimingesnė už savo didžiulę gretimą Vokietiją ir kit. valstybes. (Žiūr. 2-ją lentelę).

2-oji lentelė.

Visoje Lietuvoje (su Klaipėdos kraštu):

1924 m. kiekvienam 100.000 gyventojų teko 5 savižudybės mirtys
1925 „ „ „ „ „ 6 „ „
1927 „ „ „ „ „ 5 „ „
1928 „ „ „ „ „ 9 „ „
1929 „ „ „ „ „ 9 „ „
1930 „ „ „ „ „ 9 „ „
1931 „ „ „ „ „ 10 „ „
1932 „ „ „ „ „ 10 „ „
1933 „ „ „ „ „ 9 „ „

Tuo būdu visoje Lietuvoje savižudybių mirčių vidurkis siekia 7,7 kiekvienam 100.000 gyventojų ir jis, mūsų laimei, yra 3—4 kartus mažesnis negu kituose dideliuose gretimuose kraštuose. Jeigu paimsime metinį visos Lietuvos bendro mirtingumo vidurkį, kurs 100.000 gyventojų siekia 1.680, tai mirtingumas nuo savi-

3-ioji lentelė.

METAI	Buvęs Valst. Kauno ligoninėje bendras stacijonarinių ligonių skaičius		Buvęs V. Kauno lig. iš Kauno ir provincijos bendras savižudų skaičius		Buvęs Valst. Kauno ligoninėje provincijos savižudų skaičius		Valst. Kauno ligoninėje gydyti savižudos pagal jų amžių: 15–19 metų		20–29 metų		30–39 metų		40–49 metų		Daug. kaip 50 m.		Buvusių Valst. Kauno ligoninėje savižudų tikyba: Netikių		Katalikų		Ev.-liuter.		Stačiatik.	
	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.
1924	980	1208	12	7	2	1	3	—	8	3	—	1	—	—	1	3	-	—	11	5	-	1	—	1
1925	1144	1364	27	6	4	1	8	—	15	4	3	-	1	1	—	1	-	—	24	3	1	1	—	1
1926	902	1335	24	8	3	2	8	1	12	4	4	1	—	—	—	2	3	1	19	6	-	—	—	—
1927	1256	1626	16	8	?	1	6	3	7	3	3	2	—	—	—	—	1	—	14	7	-	—	—	—
1928	1280	1684	22	13	3	3	9	1	17	4	1	8	—	—	3	—	1	1	30	9	-	2	—	1
1929	1994	1726	52	9	2	1	8	1	37	4	4	2	3	—	—	3	—	—	45	7	4	2	—	-
1930	1384	1889	46	14	4	—	4	—	31	6	9	5	1	1	1	2	9	—	30	12	—	1	2	1
1931	1395	1928	26	5	1	—	8	—	12	2	2	2	2	—	1	2	—	—	23	4	-	1	1	—
1932	1480	2016	36	9	2	3	5	2	21	3	6	2	4	2	—	—	—	—	33	7	—	-	1	—
1933	1444	2028	36	13	3	4	3	2	24	6	—	—	8	3	1	2	—	—	33	9	2	2	—	—
Pervisus 10 metų	13259	16804	297	92	24	16	62	10	184	39	32	23	19	7	7	15	14	2	262	59	7	10	4	4
	44%	56%	75%	25%	60%	40%	13,5%	2,5%	46,5%	10,5%	8%	6%	5%	2%	2%	4%	3,5%	0,25%	65%	15%	2,25%	3,25%	1,25%	1,25%

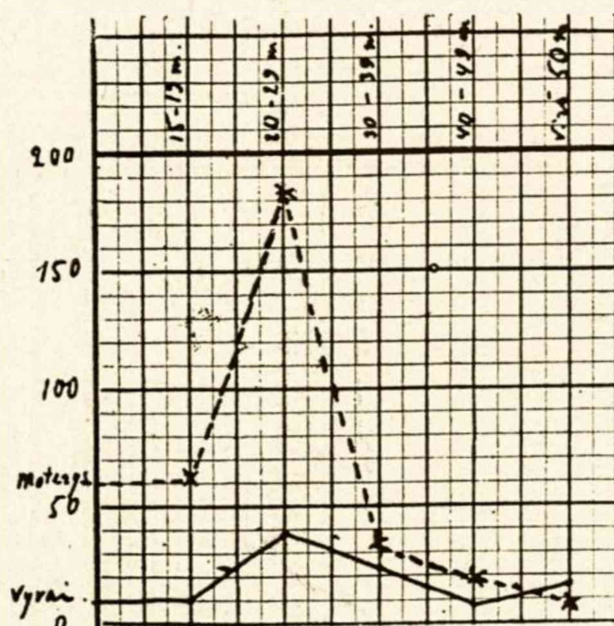
METAI	Tikyba: Sentikių		Judėjų		Savižudybei vartotos priemonės — Apsinuodijimai: Rūgštimis: acto, karbolio, druskos ir kit.		Gailiais šarmais		Sublimatu, jodu ir kt.		Narkotikais ir hypnotikais		Mechaniški pakenkimai: Nusišovimu		Pasikorimu		Pasipjovimu		Mirė: Nuo apsinuodijimo		Iš viso		Savižudybės motyvai: Subjektyviai: nepakeliama gyvenimo našta		Objektyviai, k. a.: valstybės ir kitų žmonių apsunkinimas		Neišaiškinti	
	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot	Vyr.	Mot.	Vyr.	Mot.	Vyr.
1924	—	—	1	—	6	4	1	1	3	—	2	1	—	1	—	—	—	—	1	1	1	2	5	4	—	—	7	3
1925	—	1	2	—	16	2	4	—	—	1	4	3	1	—	1	—	1	—	3	1	4	1	—	—	-	-	27	6
1926	—	—	2	1	13	3	4	—	6	1	1	2	—	2	—	—	—	—	1	1	1	2	20	7	—	1	4	—
1927	—	—	1	1	14	6	1	-	—	—	1	1	—	1	-	—	—	—	3	—	3	1	11	7	—	—	5	1
1928	—	—	1	1	26	6	3	1	2	1	1	1	—	2	—	—	—	—	10	2	10	4	13	12	6	1	3	—
1929	—	—	3	—	42	7	4	1	4	1	2	—	—	—	—	—	—	—	13	2	13	2	46	7	3	2	3	—
1930	—	—	5	—	39	8	4	2	1	1	2	2	—	1	—	—	—	—	6	3	6	3	42	9	1	3	3	2
1931	1	—	1	—	21	1	3	—	1	1	1	2	—	—	—	1	—	—	9	2	9	2	26	4	—	1	—	—
1932	—	1	2	1	25	6	6	1	1	—	1	—	2	1	1	—	—	1 vinis ryjęs	8	3	9	4	35	8	—	1	1	—
1933	—	1	1	1	22	6	6	3	2	1	3	1	3	—	—	1	—	1 stiklus ryjęs	8	1	8	2	33	11	1	1	2	1
Pervisus 10 metų	1	3	19	5	224	49	36	9	20	7	18	13	6	8	2	2	1	2	62	16	64	23	231	69	11	10	55	13
	0,35%	1%	5,5%	1,5%	56%	12,5%	9%	2,5%	5%	2%	4,5%	3,5%	1,5%	2%	0,5%	0,5%	0,25%	0,5%			22%	25%	60%	17%	3%	2,5%	14%	3,5%

žudybių sudarys apie 0,46 % to bendrojo mirtingumo. Tuo metu, kai pasikėsinimų nusižudyti yra daug daugiau. Todėl tikresnis savižudybių vaizdas galima geriau susidaryti, paėmus ne vien tik mirtingumą nuo savižudybių, bet ir pasikėsinimus nusižudyti.

Paimsime čia V. Kauno ligoninės (chirurginės ir vidaus ligų klinikų) paskutiniųjų 10 metų visus stacijonariškai gydytus savižudybių atsitikimus šioje lentelėje: (Žiūr. 3-iąją lentelę).

Iš tos lentelės matome, kad per 10 metų V. Kauno ligoninėje savižudžių moterų buvo 3 kartus daugiau negu vyrų (75% : 25%). Tuo metu, kai toje ligoninėje vyrų stacijonariškai gydėsi daugiau negu moterų (56% : 44%).

Tiek moterų, tiek vyrų savižudybių daugiausia pasitaiko jauname amžiuje (nuo 20 iki 30 metų), kur moterų savižudybės teippat žymiai pralenkia vyrų savižudybes. (Žiūr. punktuotą kreivę, pažyminčią moterų savižudybes, ir juodąją — pažyminčią vyrų savižudybes).



Kreivė.
Savižudžių amžius.

Pagal tikybą daugiausia pasitaiko ir moterų ir vyrų R. katalikų, kurie ir sudaro didžiulę D. Lietuvos gyventojų daugumą (85,7%). Kitoms tikyboms, k. a.: evangelikų, liuteronų, sudarančių 8% Lietuvos gyventojų, stačiatikių ir sentikių — 2,7%, izraelitų — 7,7% ir kit. 0,1%, tenka proporcingai mažesnis savižudų skaičius. (Žiūr. 1-ąjį brėžinį).

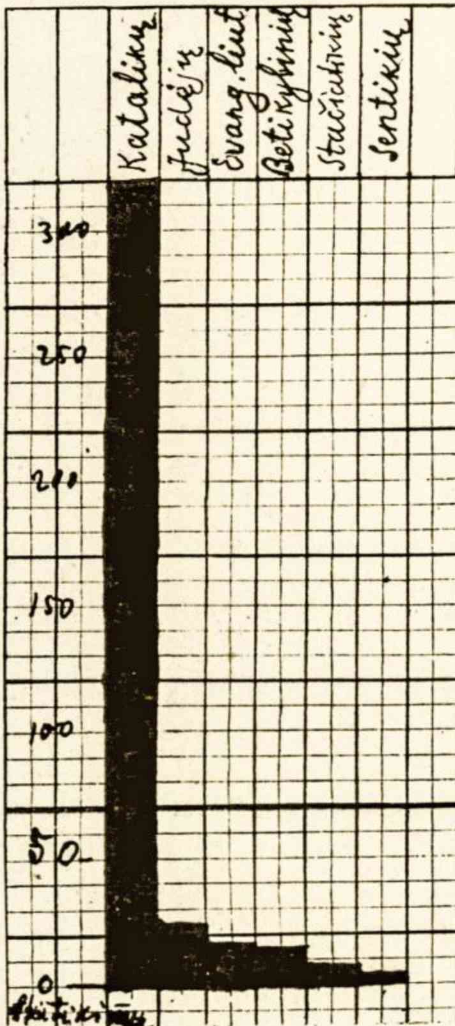
Iš savižudybei vartojamų priemonių daugiausia pasitaiko, proporcingai tiek vyrams, tiek moterims, apsinuodijimų rūgštimis. Toliau eina apsinuodijimai gailiais šarmais, įvairiomis neorganinėmis medžiagomis ir narkotiniais bei hypnotiniais vaistais. (Žiūr. 2-ąjį brėžinį). Mechaniškos priemonės, V. Kauno ligoninės duomenimis, Lietuvoje savižudybei, palyginti, mažai vartojamos ir jomis kiek daugiau naudojasi vyrai negu moterys.

Bendras pasikėsinusių žudytis Lietuvoje mirtingumas, V. Kauno ligoninės duomenimis, sudaro nedidelį procentą, turint galvoje, kad į ligoninę priimami tik sunkesni savižudybių atsitikimai. Iš tų sunkesniųjų atsitikimų miršta tiek moterų tiek vyrų apie $^1/_4$. Didžiulę mirtingumo daugumą sudaro mirtingumas nuo apsinuodijimų.

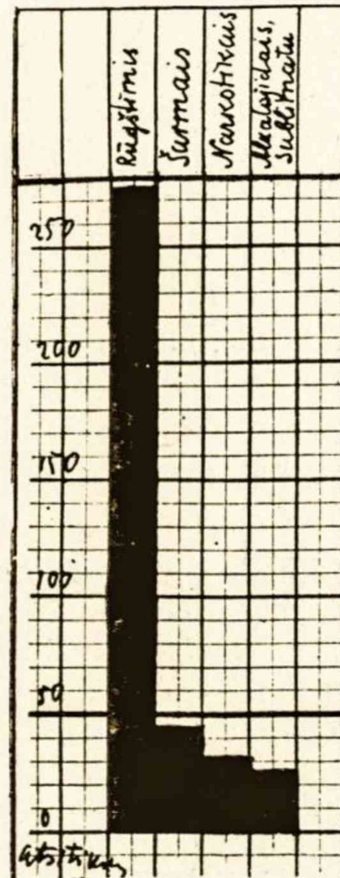
Didesnę pasikėsinusiųjų žudytis moterų pusę sudaro merginos. Teippat ir nevedusių vyrų kėsinosi žudytis kiek daugiau negu vedusiųjų.

Tiek moterų, tiek ir vyrų savižudų profesijos buvo nurodytos įvairiausios. Daugiausia buvo tarnaičių, darbininkių bei darbininkų ir šiaip kitų laisvųjų profesijų asmenų.

Didžiulė savižudų dauguma savižudybės motyvus nurodo labai nenoriai. Dažniausiai tenka pastebėti, kad savižūdos tų motyvų, lyg neturėdami patys, ieško ir stengiasi suformuluoti tik klausiami.



1 atvaizdas.
Savižudžių suskirstymas pagal tikybą.



2 atvaizdas.
Savižudybei vartojamos priemonės.

Iš nurodomų savižudų motyvų vyrauja subjektyviai motyvai, paremti nepakeliama gyvenimo našta, k. a.: blogos gyvenimo sąlygos, nedarbas, nevykusi meilė, šeimyninė nesantaika, sužieduotinių nusivylimas, nėštumo gėda, apkaltinimų gėda, nuovargis ligoje, mylimo bei artimo žmogaus netekimas, gyvenime nusmukimas, religijinis fanatizmas, politinis fanatizmas ir t. t. Daug rečiau pasitaiko objektyvių savižudybės motyvų, k. a.: nenoras būti našta kitiems žmonėms, visuomenei bei valstybei, pasipriešinimas prievartai ir t. p. Daugelis savižudų, be aiškių motyvų,

pareiškia apskritai, kad nusibodę jiems gyventi arba net, kad patys nežiną, kodėl žudęsi. Yra ir tokių savižudų, kurie inscenizuoja savižudybės motyvų slėpimą, nesakymą, arba inscenizuoja net pačią savižudybę.

V.

Tiriant savižudybių motyvus, beveik visada pastebimi „keisti" savižudų elgesiai.

Kodėl taip dažnai būna tie „keisti" savižudų elgesiai?

Kiek giliau paanalizavus savižudų psychinę būtį, tenka pastebėti, kad didžiulė savižudų dauguma dažniausiai esti psychiškai nesveiki (psychotiniai) bei psycholiabiliniai asmenys. Mes nesigilinsime čia į visą eilę tų psychinių ligų, kuriomis sergant, psychijatrai kreipia ypatingą dėmesį į ligonius, kad jie nesižudytų, bet tik paminėsime, kad, jeigu tie psychiški ligoniai tam tikru laiku nesti tinkamai globojami, tai, tam tikroms sąlygoms susidarius ir progai pasitaikius, jie žudosi.

Jau pereito šimtmečio pabaigoje psychiškai nesveikų savižudų su psychiškai sveikais santykis buvo kaikurių psychijatrų nustatytas, kaip 1 : 2. Šio šimtmečio pradžioje dauguma psychijatrų laikosi tos nuomonės, kad tas santykis yra 1 : 1. Bet mūsų stebėjimai mus tikina, kad psychiškai nesveikų savižudų yra net daugiau, negu tariamų psychiškai sveikų. Deja, mūsų duomenys nėra tobulai specijaliais tyrimais pagrįsti, nes didžiulė ligonių dauguma buvo tirta chirurgų bei internistų, o retai kada psychijatrų.

Jeigu ateityje visi savižudos bus ir psychijatrų atidžiai tiriami, tai mums neteks abejoti, kad psychiškai nesveikų ir tariamų psychiškai sveikų savižudų santykyje daugės tik psychiškai nesveikų skaičius. Daugės jis dėl to, kad tobulesni tyrimai tikslingiau suseks savižudose nesveikuosius ir, iš dalies, dėl to, kad tos psychiškos ligos, kurios pasireiškia savižudybe, paveldėjimo būdu persiduoda sekančioms kartoms, net vaikų vaikams.

Todėl į savižudybes netenka žiūrėti, kaip į pavojingas tik patiems savižudoms; jos yra tuo pačiu pavojingos ir kitiems, ypač sekančių kartų žmonėms. Pavojingos sekančių kartų žmonėms savižudybės profylaktikai ir gali kilti žmonių, linkusių žudytis, sterilizacijos klausymas. Bet daug žmoniškiau būtų imtis savižudybių profylaktikos, kreipiant ypatingą dėmesį į jaunuomenės auklėjimą, susijusį su tam tikru psycholiabilinių asmenų gydymu net tam tikrose įstaigose, kaip kad daroma užsieniuose, steigiant „Lebensmüdenfürsorge".

Savižudybių profylaktikai nemaža reikšmės turėtų ir bendras visų žmonių auklėjimasis ta prasme, kad visi žmonės mokėtų matyti kiekviename žmoguje žmogų, mokėtų tinkamai kreipti dėmesį į silpnybes bei klaidas ir, kaip kad dažnai būna, be atodairos nesmerktų žmogaus dėl kurio-nors nesusipratimo jo gyvenime. Pav., man ir mano almae mater draugams yra žinomas

vienas profesorius, kuris prieškarinėje Rusijoje ilgus metus ramiai dirbo savo darbą iki tol, kol po D. karo pasikeitė politikos situacija; tada jis panorėjo išvažiuoti į Vokietiją, kur savo vientaučių tarpe tikėjosi rasiąs geresnio susipratimo; bet, tų savo vientaučių studentų pašieptas, jisai baigė gyvenimą savižudydamas (pasikardamas).

Kitą pavyzdį paimsime iš šių dienų mūsų laikraščių skelbtų patikrintų žinių. Buvo apiplėštas kasininkas. Policija nevisai patikėjo tariamam apiplėšimui ir pradėjo tikrinti knygas, kvosti ir rinkti žinias. Kvota dar nebuvo baigta ir išvadų nepadaryta, bet visuotinis draugijos susirinkimas, kurio žinioje buvo nukentėjęs, nutarė išrinkti naują kasininką. Naujai išrinktasis kasininkas susitarė su nukentėjusiu susitikti ir perimti iš jo kasą ir einamąją sąskaitą. Nukentėjęs kasininkas susitartu laiku, užuot nuėjęs į susitikimą, nuėjo į krūmus ir pasikorė.

Trečiu savižudybės priežasties pavyzdžiu paimsime tautinį bei religijinį nesusipratimą. Jauna mergina, mylėjusi jauną vyrą, tarėsi su juo tuoktis ir tapo nėščia. Merginos giminės visą laiką tokioms jos vedyboms priešinosi, nes negalėjo sutikti su tuo, kad lenkė katalikė ištekėtų už žydo. Ir štai mergina nuodijosi, jau pati motyvuodama savo savižudybę: „ja polka — katoliczka, a mój narzeczony — żyd“.

Taigi, iš tų paskirų pavyzdžių matome, kad psycholiabiliniam žmogui tuo ar kitu būdu sudaryta bloga opinija, lygiai kaip ir kiti, aukščiau minėti, savižudybių motyvai, gali būti tiesiogine jo savižudybės priežastimi.

Įvairūs politikai bei įvairių religijų atstovai, nagrinėdami savižudybių statistikas, dažniausiai stengiasi jas savaip nušviesti, apkaltindami vienokias ar kitokias politikos santvarkas arba tos ar kitos religijos neprisilaikymą bei netikėjimą. Be abejojimo, politiškos santvarkos bei netikėjimo motyvai, lygiai kaip ir kiti, mūsų aukščiau minėti, motyvai, gali kaikada figūruoti savižudybėse, dažniausiai liečiančiose psycholiabilinius asmenis. Bet politinis bei religijinis (tikėjimo) fanatizmas nė kiek nemažiau figūruoja savižudybėse, dažniausiai liečiančiose ne tiek psycholiabilinius, kiek ir psychotinius asmenis.

Paimsime dar porą psychotinių asmenų savižudybės eksplozijos pavyzdžių.

Telefonu kalbėjo darbštumu ir religingumu pasižymėjusi tarnaitė su savo sužieduotiniu, kuris juokaudamas jai pasakė, kad sutartą valandą lauktų jo, kaip „slaptosios policijos agento“, kokiuo jis, kaip mergina žinojo, nebuvo. Tas juokavimas ją paveikė iš pradžių gana linksmai nuteikdamas. Į merginos džiaugsmą atkreipė dėmesį jos šeimininkė. Mergina, pastebėjusi tą šeimininkės domėjimąsi, nusiteikė melancholiškai ir net padarė šeimininkei priekaištų. Šeimininkei ir toliau besidomint merginos nuotaikos kitimu, mergina staiga sučiupo acto esencijos butelį ir,

nudaužusi butelio kaklelį, šeimininkei nepajiegus jos sulaikyti, išgėrė actą. Tuo būdu mergina kitą dieną mirė.

Antra gana darbšti, tvarkinga ir religingumu pasižymėjusi skalbėja laidyne kiek apdegino vienos žymios ponios lango uždangą. Ponia atkreipė į tai skalbėjos dėmesį, ir to pakako, kad skalbėja kitą dieną išgertų acto ir tuo būdu nusinuodytų.

Neanalizuodami ir tų psychotinių asmenų ligos dijagnozės, apskritai, mes galime pasakyti, kaip kad ir Jaspers nurodo, kad tie asmenys žudydamies aiškiai nesuprato savo likimo, aiškiai nežinojo, ką jie darą.

Todėl visais savižudybės atvejais gydytojams, specijaliniais tyrimais pasirėmusiems, dar ilgai teks spręsti žmogaus likimas, teks aiškinti nepastebimi psychiniai defektai, kurie, tam tikroms ir pripuolamoms sąlygoms susidarius, mažiau arba daugiau išeina aikštėn, įvesdami žmogų į depresiją, ėmociją, nenormalius pergyvenimus, duodami vaizduotės iškrypimus, obsesyvines idėjas ir t. t. Pagaliau, psychiniame gyvenime nėra nustatytos aiškios ribos tarp normalios ir nenormalios bei patologiškos būties.

Autoreferat.

Zur Frage der Selbstmorde in Litauen.

Die Selbstmordfrage ist jetzt aktuell sowohl in der Medizin, wie auch gesellschaftlich (I.).

Aus der kurzen Geschichte der Selbstmorde ersieht man, dass schon am Ende des vorigen Jahrhunderts der Selbstmord als ein „blutiges Opfer der Zivilisierung“ aufgefasst wurde (II.).

Im Beginn des XX. Jhr. zeigen die Statistiken aller Länder eine Zunahme der Selbstmorde, sowohl der Männer, wie der Frauen (III.).

In Litauen ist die Zahl der Selbstmorde 3—4 mal kleiner als in der gesamten Statistik anderer Länder. Zur besseren Aufklärung der Selbstmordfrage in Litauen, benutzten wir das Material des Staatlichen Kovnaer Krankenhauses von 1924—1934, einen Zeitraum von 10 Jahren, Selbstmordfälle, die stationär behandelt wurden. Aus der angegebenen Tabelle ersieht man, dass die Selbstmörder meistens junge unverheiratete Personen, 20—30 Jahre alt, waren, mehr Frauen als Männer. Konfession spielte keine Rolle. Die meisten Suizidversuche waren in Form von Vergiftungen. Anlass zum Selbstmord waren mehr subjektive, als objektive Momente, z. B. unerträgliche Lebensbedingungen u. s. w. (IV.).

Die Analyse der Selbstmordversuche ergibt, dass die Motive am häufigsten schon nach dem Selbstmordversuch konstruiert u. angegeben werden u. unter den Selbstmördern findet man mehr psycholabile, sogar psychotische Personen. Deshalb wird vorgeschlagen die Behandlung der Selbstmörder den Spezialisten Psychiatern, in speziellen Anstalten, zu übergeben, „Lebensmüdefürsorge“ einzurichten, mehr auf die Jugenderziehung Wert zu legen u. s. w. (V.).

Doc. dr. J. Zubkus.

Tonsilitai ir tonsilektomijų indikacijos.

Skirtumas tarp tonsilito ir anginos.

Kada kalbama apie tonsilitą, tai turimas galvoje uždegimo procesas gomurio tonsilose (tonsillae palatini), nors, kaip žinoma, viršutinėje kvėpuojamųjų takų dalyje, be šitų tonsilų, yra dar visa eilė kitų: nosiaryklės skliaute yra nosiaryklės tonsila (tonsilla pharyngea); liežuvio pašaknyje — liežuvio tonsila (tonsilla lingualis); Eustach'o vamzdžiuose — tubų tonsilos (tonsillae tubariae); gerklėje — gerklės tonsilos, viena in sino Morgagni, antra in sino pyriforme. Be to, ryklės sienelėse yra daug granulių pavidalo lymfinio audinio; į tas granules reikia žiūrėti, kaip į minijatiūrines tonsilas. Tiesa, gomurio tonsilos, bent suaugusių individų, dažniau esti netvarkingos negu kitos tonsilos.

Daug kas tonsilitą ir anginą identifikuoja, nes ūminiame susirgimo perijode pagal subjektingą symptomatologiją vieno susirgimo nuo antro atskirti negalima. Tačiau, turint galvoje patologiškai anatomiškus pakitimus, teisingiau pasakius, šitų pakitimų lokalizaciją ir pradžią, reikėtų anginos nuo tonsilitų skirti.

Angina vadiname žioties uždegimo procesą, kuris apima ryklės (bent pars oralis pharyngis) sieneles, minkštąjį gomurį su liežuvėliu, gomurio tonsilų lankus (priešakinį ir užpakalinį), labai dažnai liežuvio šaknį ir pačias gomurio tonsilas.

Tonsilitu vadiname gomurio tonsilų uždegimo procesą, kuris, tiesa, dažnai išsiplečia gretimose žioties dalyse, ir tada jau turime typingos anginos vaizdą. Tačiau būna ir tokių anginų, kada gomurio tonsilas uždegimo procesas paliečia mažiausiai.

Visuomenėje vyrauja nuomonė, kad, pašalinus gomurio tonsilas, anginos nebegali būti. Mes gi žinome nemaža anginos atsitikimų ir tais atvejais, kai pacijentams buvo jau seniai padaryta tonsilektomija. Tat visai suprantama: pašalindami gomurio tonsilas, mes dar daug lymfinio audinio paliekame žioties srityje, iš kur gali kilti anginos.

Galvojant praktiškai, kliniškai, galima sakyti, kad kiekvienas aštrus, ūmus tonsilų uždegimas sukelia ir ūminę anginą ir priešingai — su kiekviena ūmine angina, nesvarbu, iš kurios žioties vietos ji būtų kilusi, turime ir ūminį tonsilitą. Ir dėl to dažnai sakome angina lacunaris arba follicularis, užuot vadinę tikruoju vardu — tonsillitis lacunaris arba follicularis, jei ir matome, kad didžiausi uždegimo pakitimai yra gomurio tonsilose.

Kitas reikalas esant chroniškiems procesams žiotyje, kada ūminis uždegimo procesas jau yra praėjęs, jo ribos jau yra susiaurėjusios, stabilizavusios. Tada lengviau tiksliai pasakyti, kur yra didžiausi ir svarbiausi patologiškai anatomiški pakitimai ir pagal juos įvardinti pats susirgimas.

Po įvairiausių anginų kurie-nors pastovesni pakitimai dažniausiai užsilieka gomurio tonsilose, todėl tad, esant žiotyje chroniškiems procesams, dažniausiai kalbama apie tonsillitis chronica, o ne apie angina chronica.

Ūminių tonsilitų (anginų) suskirstymas. Kliniškai dijagnozuojant ūminius tonsilitus arba ūmines anginas, būk tai pagal patologiškai anatomiškus pakitimus, buvo priimta skirti į kataralines, lakūnarines ir folikuliarines.

Kataralinė tonsilito arba anginos forma buvo laikoma tokia, kai patologiškai anatomiški pakitimai apima tik žioties ir tonsilų paviršių. Čia turime gleivinės paraudonavimą, paburkimą, kartais ėdeminius reiškinius, gleivinės paviršiuje neperstipriai pasireiškusią eksudaciją, tačiau jokių taškelių arba plėnelių ant tonsilų paviršiaus nematysime. Tonsilų parenchyma nuo uždegimo yra laisva. Šitoji forma laikoma lengviausia.

Folikuliarinei tonsilito formai, pagal senesnį suskirstymą, būdingi gilesni patologiškai anatomiški pakitimai. Esant šitai formai, į susirgimą įtraukiami tonsilos pridėtiniai mazgeliai arba folikulai. Gaunamas bent tonsilos paviršiuje esančių pridėtinių mazgelių supūliavimas ir tada ant paraudusios tonsilos yra matomi segtuko (spilkutės) galvutės didumo balti taškeliai.

Lakūnarinė tonsilito forma buvo laikoma tokia, kai tonsilų įlankėlės (kriptos) apsidengia balzganomis plėnelėmis, kurios gali susilieti ir apimti didelius tonsilos paviršiaus plotus. Šitų plėnelių šaknys, kaip kokie iš uždegimo produktų susidarę kamščiai, visuomet yra tonsilų įlankėlėse.

Tiek folikuliarinei, tiek lakūnarinei tonsilitų formai esant, be jiems būdingų taškelių arba plėnelių, turime ir visus kataralinės formos reiškinius.

Pastaraisiais metais tokia tonsilitų, kitaip sakant, anginų, nomenklatūra peržiūrėta, rasta netiksli ir siūloma kitokia. Visa eilė autorių (Dietrich, Grossmann, Waldapfel, Rutenburg, Fetisov ir kt.) tvirtina, kad folikuliarinė ir lakūnarinė angina iš esmės esanti ta pati forma, tik sergant folikuliarine forma, supūliuoja pridėtiniai mazgeliai, esą arti tonsilos paviršiaus, kaip ir iškilę į paviršių, o sergant lakūnarine forma, daugiausia nukenčia pridėtiniai mazgeliai, susitelkę aplink tonsilos lakūnas arba įlankėles. Iš lakūnos išeinąs fibroziškasis eksudatas sudaro aukščiau minėtąsias balzganas plėneles, kurios yra būdingos lakūnarinei anginai.

Tiek esant lakūnarinei, tiek folikuliarinei anginai, patologiški anatomiški pakitimai eina tonsilų parenchymoje, tik pirmuoju atveju intensyviausiai tonsilių įlankėlių srityje, antruoju — srityje, atkreiptoje į tonsilos paviršių. Todėl ir atsirado pasiūlymų visas nespecifiškas anginas skirstyti tik į dvi formas arba rūšis, būtent: į kataralinę ir į parenchyminę. Pastarojoje formoje sujungtos dvi pirmykščios formos: folikuliarinė ir lakūnarinė.

Tačiau ir šitoks anginų suskirstymas nepatenkino kaikurių laryngologų. K r i u k o v, pavyzdžiui, sako, kiekviena lakūnarinė angina, pagal patologiškai anatomiškus pakitimus, gali būti ir kataralinė ir parenchyminė, t. y. gali būti tik paviršutinis įlankėlių sienelių uždegimas, be pridėtinių mazgelių arba tonsilinės parenchymos, ir gilesnis uždegimo procesas, apimąs visus elementus.

Mano nuomone, kiekviena lakūnarinė angina daugiau ar mažiau, tačiau visuomet, įtraukia į uždegimo procesą pačią tonsilos parenchymą ir todėl aš linkęs šitas anginas laikyti parenchyminėmis, o ne kataralinėmis. Reikia tik prisiminti, kad epitelis, gražiu sluogsniu dengiąs visą tonsilos paviršių, jos įlankėlėse, ypač jųjų gale, suplonėja, kartais lyg sutrūksta į atskiras saleles ir vietomis nebepridengia tonsilos parenchyminių elementų. Taigi aišku, kad uždegimo procesai tonsilos įlankėlėse paliečia ne vien tik epitelį, bet ir tonsilos parenchymą; jei ir nevisuomet pačius pridėtinius mazgelius, tai bent tas tonsilos parenchymos vietas, kurios būna arba visai epitelio neapdengtos arba blogai apdengtos.

Ūminio tonsilito dijagnozavimas.

Dijagnozuoti ūminis, nespecifiškas, tonsilitas arba angina nesunku, nes šitų susirgimų tiek subjektingi, tiek objektingi symptomai dažniausiai būna ryškūs, k. a.: aukšta, iki 39° temperatūra (kataralinėse formose ji gali būti subfebrilė), dysphagia, bloga savijauta, neretai kaulų „laužymas", kaip kad gripu sergant, galvos skausmai ir kitokie bendro susirgimo negalavimai paguldo ligonį į lovą.

Objektingai matoma paraudusi ir paburkusi visos žioties gleivinė; ant gomurio tonsilų, esant parenchyminėms formoms, matomi arba segtuko didumo balti taškeliai arba didesnės baltos plėnelės, kurios apdengia tonsilos įlankėles ir kartais gana plačiai didesnius tonsilos paviršiaus plotus. Pastaruoju atveju kartais būna didelis panašumas į difterinę anginą ir abejotinais atvejais negalima apsieiti be bakterijologiškojo tonsilitinių plėnelių ištyrimo. Tačiau, typingos difterinės anginos vaizdas kitoks:

1. Parenchyminės anginos (lakūnarinės) plėnelės, kad ir labai plačiai ant tonsilos išsikeroja, tačiau niekuomet nepereina nuo tonsilos ant gretimų dalių; difterinėse gi anginos tokios pačios plėnelės dažnai randamos ne tik ant tonsilų, bet ir ant tonsilinių lankų, ant ryklės sienelių, kartais ant liežuvėlio ir kitur.

2. Parenchyminės anginos plėnelės lengviau nubraukiamos vata ir nubrauktos jos palieka tik savo šaknis tonsilos įlankėlėse, o difterinės anginos plėnelės nubraukiamos sunkiai ir nubrauktos palieka kraujuojamas vietas.

3. Be to, parenchyminėje nespecifiškoje anginoje temperatūra beveik visuomet būna aukšta — 39° ir net 40°, o difterinėje, kol nėra mišrios infekcijos, ji nepakyla aukščiau kaip

38^0, nors, apskritai, ligonio savijauta būna kur-kas blogesnė: didesnė viso organizmo intoksikacija. Kaklo lymfynės liaukos dažnai būna patinusios bei jautrios ir difterinėje ir nespecifiškoje anginoje.

Ūminių tonsilitų (anginų) gydymas.

Ties nespecifiška ūminių tonsilitų (anginų) terapija plačiau neapsistosiu. Ji gerai žinoma kiekvienam gydytojui praktikui. Aš savo ligoniams patariu skalauti burną ir ryklę boro rūgštimi (arbat. šaukštelis stiklui vandens), dėti ant kaklo šiltus kompresus, gulėti lovoje ir priiminėti amidopirino po 0,3—0,5 du-tris kartus per dieną. Reikia pasirūpinti, kad nebūtų vidurių užkietėjimo. Aš nerekomenduoju jokių patentuotų tablečių (panflavintabletten, corifinbonbon, pastillae valdae, saldae etc.), nes jos tik užteršia, o ne valo, gleivines. Taip pat nerekomenduoju jokių gerklės tepimų, nes tat tik daugiau suerzina ir, be to, jau uždegimo proceso suerzintą gleivinę. Prireikus tenka pavartoti cardiaca (cardiazol, camphora etc.).

Chirurginė priemonė, esant ūminiams tonsilitams, tenka pavartoti tik tuomet, kai pasidaro vietinė ūminio tonsilito komplikacija — peritonsillitis.

Tada aš, kaip ir dauguma laryngologų, darau peritonsilinio absceso incisio. Pastaruoju laiku atsirado drąsuolių, kurie siūlo, esant peritonsilitui, daryti ne incisio abscessi, bet tonsilektomiją. Tačiau tokios intervencijos šalininkų, esant peritonsiliniam abscesui, yra labai maža, o tie, kurie tat siūlo, teippat nėra šitos priemonės pakankamai vartoję ir išbandę. Vienas, antras laimingas atsitikimas dar neduoda pilietybės teisių kuriai-nors medicinos priemonei.

Be to, padaryti tonsilektomija peritonsilitui esant, atmetus į šalį bendros pyemijos pavojų, yra nelengvas dalykas. Dažniausiai ligonis, šitoms komplikacijoms esant, dėl didelės raumenų infiltracijos vos vos prasižioja; į jo burną vos galima įkišti špadelis ir skalpelis incizijai padaryti, tai ką bekalbėti apie tonsilektomiją? Pagaliau, jei ir pasisektų tonsila šeip-teip išgliaudyti, tai sunku būtų, jei ji didelė, ištraukti ji iš burnos. Dauguma laryngologų ligi šiol laikosi tos nuomonės, kad tonsilektomija galima daryti (žinoma, jei yra reikalas), tik praslinkus 4—5 savaitėms po peritonsilito.

Chroniškasis tonsilitas.

Po kiekvienos ūminės anginos, kartais visiškai lengvai persirgtos, kartais beveik nepastebėtos, gali pasilikti chroniškasis tonsilitas. Nemaža pasitaiko tokių ligonių, kurie negali prisiminti kada-nors sirgę ūmine angina, o vienok jųjų tonsilose randama chroniško uždegimo žymių.

Antra vertus, būna ir tokių ligonių, kurių gomurio tonsilos laryngologui visai neatrodo įtartinos, kad būtų chroniškai netvarkingos: laryngologas neranda chroniškojo uždegimo žymių,

nors iš subjektingų nusiskundimų ir turima pagrindo manyti apie chroniškąjį tonsilitą.

Kartais chroniškojo tonsilito dijagnozė gali būti pastatyta ne laryngologo, ne pagal vietinius patologiškai anatomiškus gomurio tonsilų pakitimus, bet internisto pagal bendrą symptomatologiją, išeinančią iš tonsilito. Kartais tik po tonsilektomijos, padarytos internistui primygtinai reikalaujant, įsitikinama, kad ištikrųjų čia būta chroniškojo proceso. Žinoma, pasitaiko ir klaidų. Kartais visai be reikalo išlupamos niekuo nedėtos tonsilos. Be abejo, tokių klaidų reikia vengti.

Tačiau tenka sutikti su Wolffheim'u, kad kol-kas negalima kiekvienu atveju visai tikrai dijagnozuoti chroniškasis tonsilitas. Prisiminkime tik gomurio tonsilų anatominę struktūrą ir tada bus suprantama, kodėl kartais sunku dijagnozuoti chroniškasis tonsilitas.

Kiekviena gomurio tonsila turi lakūnas arba įlankėles, einančias nuo josios paviršiaus į gilumą ir kartais perveriančias visą tonsilą iki pat kapsulės. Šitos įlankėlės dažnai yra išsišakojusios. Įlankėlių įeinamosios angos, arba spindžiai (lumen), dėl uždegimo procesų gali susiaurėti ir net visai užakti, obliteruotis, o įlankėlių dugne, gale gali likti uždegimo produktų, kurie ir gali būti nuolatinio vietinio erzinimo ir bendros intoksikacijos židiniu.

Kartais susidaro supūliavimas gilesnių tonsilos pridėtinių mazgelių, iš kurių uždegimo produktai neišeina į tonsilos paviršių arba įlankėles, bet inkapsuliuojasi jungiamuoju audiniu.

Kaip pirmuoju, taip ir antruoju atveju iš paviršiaus tonsila gali atrodyti sveika, net ir paspaudus ją, pūlių galime nepamatyti, nors gilumoje jie būtų buvę. Kartais tokioje, pažiūrėti beveik sveikoje, tonsiloje, ją išėmę ir perskrodę, randame čia grynų pūlių maišelius, čia tirštų, varškėtų masių, čia konkrementų. Vieno ligonio tonsilose mes aptikome miško riešuto didumo akmenų.

Nenagrinėsime smulkiai patologiškai anatomiškų tonsilų pakitimų chroniškuose tonsilituose. Jie gali būti įvairūs, tačiau jųjų bendras požymis yra tas, kad pasak Dietrich'o, lygiagrečiai su reparacija ir restitucija tonsilose yra ir chroniškasis erzinimas ir destrukcija.

Chron. tonsilito dijagnozavimas

Patyrinėkime dabar, kuo gi pasirėmus galima dijagnozuoti chroniškasis tonsilitas. Pirmiausia reikia pastebėti, kad chroniškam tonsilitui dijagnozuoti vien tik išorinės gomurio tonsilų inspekcijos jokiu būdu nepakanka, nes tonsilų didumas, forma, spalva ir konsistencija, nors nustatant dijagnozę, be abejo, ir turi būti turimos galvoje, dijagnozės nulemti negali.

1. Spręsti apie tonsilitą iš tonsilų didumo negalima dėl to, kad tonsilų didumas dažnai yra individualus dalykas. Vieno žmogaus tonsilos didesnės, antro — mažesnės. Be to, vaikų tonsi-

los labai dažnai būna hypertrofavusios be jokių uždegimo reiškinių, o suaugusių žmonių tonsilos neretai būna sumažėjusios, involiucijonavusios. Ir kaip tik tokiose sumažėjusiose tonsilose, kurių lymfinio audinio esmingiausieji elementai — sekundariniai (pridėtiniai) mazgeliai — yra pradėję nykti, o tonsilinės įlankėlės plėstis, dažniausiai galima rasti chroniškų uždegimo procesų.

Kartais tonsilos, gulėdamos negilioje tonsilinėje nišoje, tarp arcus glossopalatinus ir pharyngopalatinus, tik atrodo didelės. Antra vertus, jei tonsilos bus šitoje nišoje giliai pasislėpusios ir mažai į žioties spindį atsikišusios, gali atrodyti mažos.

Pagaliau, tos pačios tonsilos ir tyrimo metu gali atrodyti įvairiai: jei išsižiojusiam ligoniui špadeliu pergiliai prispausime liežuvį, nuo ko įvyks refleksas ir ligonis ims žiaukčioti, tai tonsilos kaip ir išsivers iš savo nišų, net susiglaus viena su antra, — tada jos gali atrodyti didelėmis. Jei inspektuosime jas, ligoniui ramiai kvėpuojant visai nevartodami špadelio arba vartodami jį atsargiai, nepergiliai spausdami liežuvį, tonsilos liks savo vietose, ir kartais ištikrųjų didelės tonsilos atrodys nedidelėmis.

2. Tonsilų forma chroniškojo tonsilito dijagnozei beveik jokios reikšmės neturi. Tonsilos gali būti apvalios, pailgos, daugiau ar mažiau ištemptos vertikaliu arba sagitaliu dijametru. Jųjų paviršius gali būti visai lygus arba nelygus, lyg lapuotas, skiltėtas. Kišenių gausumas, be abejo, gali turėti kaikurios reikšmės: geriau tonsilose laikosi infekcinės masės.

3. Tonsilų spalva — paraudonavimas — nurodo tik paviršutinę tonsilų būtį, tonsilų gleivinės suerzinimą. Tonsilų, kaip ir visos žioties, paraudonavimas gali būti dėl kurių-nors išorinių chroniškų iritacijų, pavyzdžiui, rūkoriams. Tačiau tat gali būti ir dėl netvarkos tonsilos parenchymoje, dėl kolateralinės hyperėmijos.

4. Svarbesnį vaidmenį chroniškojo tonsilito dijagnozei vaidina tonsilų konsistencija: jei matome arba zondu apčiuopiame tonsiloje randus, jei ji randų yra pritraukta prie tonsilinių lankų, suaugusi su jais, tai tokiais atvejais čia tikrai praeityje būta uždegimo procesų — parenchyminių anginų arba abscesų ir, galimas dalykas, dar ir tyrimo metu jie nėra visai pasibaigę. Žodžiu, tonsilos randai arba suaugimai leidžia spėlioti apie chroniškąjį tonsilitą.

5. Labai svarbu chroniškojo tonsilito dijagnozei išspausti iš tonsilos įlankėlių jųjų turinio. Išspausti galima stipresniu zondu, apvyniojus ant jo galo vatos arba vietoje zondo vartojant medinę lazdelę. Spausti tonsilą reikia pro priešakinį lanką į josios šoną, lyg norint ją išversti. Reikia pasakyti, kad iš kiekvienos tonsilos įlankėlių, o ypač iš supratonsilinės nišos beveik visuomet šis-tas išspaudžiama: čia seilių, čia tirštų kamščių, čia skystų pūlių.

S l e m m e r įrodė, kad į tonsilos įlankėles gleivinės liaukos neatsiveria, vadinasi, jos yra nevalomos ir todėl ten gali užsigulėti nusilupęs įlankėlių epitelis, emigravę lymfocytai, leukocytai

ir visa eilė įvairių mikroorganizmų. Iš viso to labai dažnai susidaro tirštesnių masių — tonsiliniai kamščiai, kuriems pradėjus griūti, pradeda dvokti iš burnos, o atsiradus čia patogeniniams mikroorganizmams, susidaro arba ūminis tonsilitas (angina) arba išsirūtuliuoja chroniškasis tonsilitas.

Kahler savo patologiškai anatomiškais tonsilų tyrimais nustatė, kuris išspaustas iš įlankėlių sekretas reikia laikyti patologišku, leidžiančiu dijagnozuoti chroniškąjį tonsilitą, ir kuris sekretas esąs nepatologiškas. Būtent: patologišku turi būti laikomas toks sekretas, kuriame yra daug leukocytų, vadinasi, pūlingas, ir nekaltas arba beveik nekaltas, toks, kuriame leukocytų maža. Tas dalykas nustatyti tikrai galima tik mikroskopišku tyrimu. Tačiau, autoriaus nuomone, turint didesnį patyrimą ir iš makroskopiškos, iš tonsilos išspausto sekreto išvaizdos galima spręsti, ar jis pūlingas ar ne.

Čia dar kartą noriu pabrėžti, kad nevisuomet tonsila būna sveika, jei ir nieko nepasiseka iš jos išspausti, nes, kaip kad esu minėjęs, įlankėlių sienelės savo pradžioje gali būti suaugusios arba obliteravusios.

Tonsiliniai kamščiai, būdami įlankėlėse, neretai sukelia ligoniui eilę subjektingų nemalonumų. Neretai tokiais atvejais ligoniai skundžiasi neaiškiais skausmais ryklėje ryjant arba pastoviu pašalinio kūno jutimu, kutenimu, spaudimu, įvairiais neuralginiais skausmais: čia ausyse, čia dantyse ar žanduose. Kartais skausmai įradijuoja į sprandą, į pečius ar kur kitur. Neretai nusiskundžiama ir dvokimu iš burnos.

6. Kaikurį chroniškojo tonsilito nurodymą gali suteikti temperatūros pakitimai po to, kai iš tonsilų buvo išspausti kamščiai arba padarytas tonsilų masažas. Mat, būna tokių atsitikimų, kad, esant chroniškajam tonsilitui, ligonis turi subfebrilę temperatūrą. Jei iš tonsilos išspaudžiami patologiški kamščiai ir tonsilos įlankėlės gerai išvalomos, tai neretai bent kaikuriam laikui temperatūra krinta. Kitais atvejais, jei išspaudžiant arba iščiulpiant nepasiseka tonsilos įlankėlės švariai išvalyti, tai dėl iritacijos procesas gali paaštrėti, arba tiesiog, kaip ir inpregnavus į kraują daugiau toksininių medžiagų, temperatūra pakyla. Tiek į vieną, tiek lygiai ir į antrą momentą, dijagnozuojant chronišką tonsilitą, turi būti atsižvelgiama.

7. Neretai, esant chroniškajam tonsilitui, būna ėdeminis patinimas ir tonsilinių lankų, liežuvėlio ir ryklės sienelių arba jųjų infiltracija.

8. Labai svarbus objektingas chroniškojo tonsilito symptomas yra regijonarinių lymfinių liaukų kakle patinimas ir kartais jautrumas. Pasak Blumenthal'io, esant chroniškajam tonsilitui, dažniausiai patinsta tos lymfinės liaukos, kurios yra pagal glandula submaxillaris ir jos užpakalyje. Geriausiai jos apčiuopiamos pagal mandibulos medijalį kraštą, ligoniui galvą palenkus. Wolffheim'o nuomone, jei šitos liaukos neapčiuopiamos,

tai daug kalba prieš chronišką jį tonsilitą. Tačiau, nors jos ir būtų apčiuopiamos, reikia dar prisiminti, kad jos gali būti padidėjusios ir dėl kitokių susirgimu burnos ir ryklės srityje, sakysime, esant patologiškiems procesams dantų šaknyse arba gingivoje.

Visi išnagrinėtieji vietiniai chroniškojo tonsilito požymiai gali būti daugiau ar mažiau ryškūs; kartais tiek ryškūs, kad laryngologas nedvejodamas gali dijagnozuoti chronišką jį tonsilitą, o kartais dalykas lieka labai neaiškus ir, bendrai ligonio neištyrus, dijagnozė neįmanoma. Neretai tokiais atvejais laryngologui tenka tartis su internistais arba kitų specijalybių gydytojais. Reikalas tas, kad chroniškasis tonsilitas, turėdamas kartais neryškius vietinius požymius, būdamas kaip ir pasislėpęs, gali sukelti čia vieną, čia antrą kitų organų susirgimą arba bendrą viso organizmo negalavimą.

Chron. tonsilitų sukeliamos ligos.

Šiandien priskaitoma labai daug ligų (L u k o v s k i j nurodo net 38 ligų formas), kurios gali būti sukeltos chroniškojo tonsilito, būtent:

1. C h r o n i š k a o r g a n i z m o i n t o k s i k a c i j a (c h r o n i o s e p s i s), kuri susidaro dėl nuolat iš nesveikų tonsilų į kraują patenkančių bakterinių toksinų ir įvairių skilimo, irimo produktų tonsilinių elementų: lymfocytų, leukocytų ir epitelinių celių. Tokios chroniškosios intoksikacijos reiškinius turime čia nuolatinės subfebrilės temperatūros pavidalo, čia nuolatinių galvos skausmų arba bendro negalavimo pavidalo, čia įvairiausių neurozių formos. Jei internistas ar šiaip gydytojas praktikas visiems tokiems liguistumo pasireiškimams nesuranda priežasties kur kitur organizme, reikia prisiminti tonsilos. Nekartą teko man pačiam, rekomenduojant internistui, padaryti ligoniui tonsilektomija dėl subfebrilės temperatūros ir po to gauti normali ligonio temperatūra.

2. P o l y a r t h r i t i s r h e u m a t i c a, m y o z i t a i ir m y a l g i j o s labai dažnai būna ligoniams, turintiems nesveikas tonsilas. Nurodymų, kad tonsilų sanacija, ypač tonsilektomija, padaro didelę teigiamą įtaką šitiems susirgimams, literatūroje yra begalės. Panašių pavyzdžių esu turėjęs ir aš.

3. Šalia polyarthritis rheumatica literatūroje minimi (W o l f f h e i m, E r d e l y i ir kiti) e r y t h e m a n o d o s u m, m u l t i f o r m e, p u r p u r a r h e u m a t i c a, i r i t i s r h e u m a t i c a ir c y c l i t i s. Kartais ir šitie susirgimai, sutvarkius tonsilas, geitai pagyja.

4. Ū m ū s š i r d i e s s u s i r g i m a i, k. a.: endokarditai, myokarditai, perikarditai, kartais irgi būna susiję su tonsilų netvarka ir pagerėja po tonsilektomijos.

5. Įvairi i n k s t ų n e t v a r k a gali būti kilusi dėl tonsilų susirgimo. Nekartą yra pastebėta, kad po tonsilektomijos baltymai iš šlapimo dingsta.

6. Literatūroje yra nurodymų, kad galima buvo susieti su tonsilų susirgimu pleuritis, osteomyelitis, peritonitis, neuritis multiplex, orchitis, choleocystitis ir kitokie tolimi susirgimai.

7. Halle, Peretz ir kiti mano, kad chorea minor dažniausiai esanti tonsilogeninės kilmės.

8. Kaikurie autoriai (Pässler, Kretz, Aschoff) nori ir apendicitus kaikuriais atvejais susieti su tonsilitais. Vieni jųjų mano, kad infekcija iš tonsilų patenka į appendix'ą pro kraują, kiti (Aschoff) sako, kad infekcija iš tonsilų pakliūvanti į appendix'ą enterogeniškai, kada praryjami pūlingi tonsilų kamščiai. Taigi, kaip matome, apie tonsilitą reikia pagalvoti, esant įvairiausiems susirgimams, jei jųjų ėtijologija kur kitur organizme lieka neaiški.

Chron. tonsilito dijagnozavimo schemiškas planas.

Schemiškas chroniškojo tonsilito dijagnozavimo planas yra šitoks:

1. Anamnezė: išklausome esamus nusiskundimus; sužinome, kaip dažnai būna anginų recidyvai; buvo ar ne peritonsilitai; gal pacijentas kartais nuolat turi subfebrilę temperatūrą; kurioje būtyje yra kiti jojo organai; kokia yra jo bendra savijauta, ir t. t.

2. Paskui eina vietinis tonsilų ir, apskritai, viso lymfinio Waldeyer'o žiedo tyrimas. Čia ypatingą dėmesį kreipiame į ėdemišką žioties patinimą, į randus ar suaugimus tonsilose, į tonsilinius kamščius arba įlankėlių sekretą, į kaklo lymfines liaukas.

3. Toliau pasidomime galimais paratonsiliniais susirgimais (Folgeerkrankungen) ir pajieškome jiems kitokios priežasties. Sakysime, gal subfebrilė temperatūra yra dėl plaučių ar ko kito netvarkos. Čia gali prireikti pakonsultuoti su internistais arba kitų specijalybių gydytojais.

Kartais tik visapusiškai ir išsamiai ištyrę ligonį, galėsime susekti chroniškąjį tonsilitą ir susieti su juo kurią-nors organizmo netvarką.

Chron. tonsilitų gydymas.

Dėl chroniškųjų tonsilitų terapijos dar tebesiginčijama. Nemaža yra konservatiškosios terapijos mėgėjų, bet dar daugiau yra radikalios priemonės — tonsilektomijos — šalininkų.

Konservatiškajai terapijai priklauso: 1) ryklės skalavimas įvairiais dezinfekuojamaisiais skiediniais (hydrogenium hyperoxydatum — šaukštas į stiklą vandens, boro rūgštimi — šaukštelis į stiklą, remunėlių arbata ir p.); 2) tonsilų masažas ir kamščių bei patologinio sekreto iš tonsilinių įlankėlių išspaudimas arba iščiulpimas; 3) tonsilų patepimas jod-glicerinu, jotijonu, sidabro nitratu ir panašiais medikamentais; 4) tonsilinių įlankėlių perskėlimas ir jų išvalymas šaukštukais; 5) caustica, ir 6) rentgeno - terapija; 7) pagaliau, konservatiškosioms priemonėms reikia priskirti tonsilotomija, t. y. dalina tonsilos rezekcija.

Konservatiškųjų priemonių mėgėjai, išeidami iš minties apie tonsilų fyzijologiją, susilaiko nuo tonsilektomijos. Vieni iš jųjų galvoja dar apie vidaus sekrecijos teoriją, kuri daugumos tonsilinės problemos tyrinėtojų galutinai atmesta. Kiti mano apie be galo didelę tonsilų svarbą organizmo apsaugai, apsigynimai nuo infekcijos; tačiau lyg ir pamiršta, kad tokių apsaugos organų tiek ryklėje, tiek visame organizme, ir be gomurio tonsilų, yra nemaža. Šiandien vis daugiau ir daugiau įsitikinama, kad konservatiškomis priemonėmis gydomi chroniški tonsilitai dažniausiai lieka nevisai išgydyti. Dažniausiai gaunamas tik laikinas pagerėjimas. Nemaža teko man tonsilektomuoti tokių ligonių, kuriems prieš keletą ar kelioliką metų jau buvo padaryta tonsilų kaustika arba tonsilotomija. Tačiau šitos priemonės neįveikė ligonio išgydyti. Praėjus keletui mėnesių, kartais metams, kitiems, šitie ligoniai vėl imdavo sirgti ūminiais tonsilitais (anginomis) arba peritonsilitais, arba vėl atsirasdavo įvairių paratonsilinių susirgimų. Reikia pasakyti, kad tonsilų kaustika ir tonsilotomija tuo atveju, kai, jas pavartojus, ligonis vistiek neišgydomas, mano nuomone, yra net žalingos priemonės: dėl jų sugaišinamas tik laikas, be reikalo ligonis varginamas ir sudaromos nepalankios sąlygos tonsilektomijai — pridaroma randų ir suaugimų, nuo kurių operacijos metu ir būna didesnių kraujavimų; o kartais, tiesiog, sunku ir rizikinga visa tonsila pašalinti.

Tonsilotomija, t. y. dalina tonsilų rezekcija, tik tada patartina daryti, kai tonsilos yra tiek hypertrofavusios, kad būna mechaniška kliūtimi kvėpavimui arba rijimui, bet yra laisvos nuo chroniško uždegimo reiškinių. Tonsilotomija dažniausiai daroma mažiems vaikams. Tačiau, jei vaikai dažnai serga anginomis, per metus net po keletą kartų, ir tat turi neigiamos įtakos jųjų bendrai sveikatai arba rūtuliavimuisi, tai geriau ir jiems padaryti tonsilektomija.

Tonsilų kaustika ir kitos konservatiškos priemonės pravartu taikinti tik tada, kai tonsilektomijai yra kontrindikacijų. Be to, konservatiškomis priemonėmis (masažais, tepimais, skalavimais) aš gydau tokius ligonius, kurių chroniškojo tonsilito dijagnozė yra man nevisai aiški. Teip ligonį begydydamas aš turiu laiko jo ligą sekti, stebėti, gerai ištirti ir pagaliau prieiti prie tikros dijagnozės.

W o l f f h e i m'o nuomone, konservatiškosios priemonės kartais galima pateisinti, esant chroniškajam tonsilitui, kol susirgimas yra grynai vietinis, bet, jei turima dar kuris-nors paratonsilinis susirgimas, būtinai reikia daryti tonsilektomija.

Reikia tik gerai apsižiūrėti, kad ištikrųjų būtų indikacijų. Kaikas gal ir pergreitai dijagnozuoja chroniškąjį tonsilitą ir siūlo tonsilektomiją. Tat nėra visai menkutė operacija. Apie letalinius rezultatus po tonsilektomijos yra pranešę: S t r e i t, R e y e, U f f e n o r d e, C l a u s, G o e r k e ir kiti. Mūsų klinikoje 1931 metais teippat buvo vienas mirties atsitikimas; tiesa, ne po tonsilektomijos,

bet po tonsilotomijos. Be abejo, nenormalus reiškinys, jei kurinors medicinos priemonė tampa madinga, o tonsilektomija dabar kaikuriais atvejais ir pasidarė „madinga“ operacija. Nekartą esu turėjęs tokių pacijentų, kurie, atėję į kliniką arba į mano kabinetą, be jokių paaiškinimų reikalavo išlupti jiems tonsilas. Ir kai, neradęs tam jokių indikacijų, tonsilektomuoti juos atsisakiau, jie liko nepatenkinti ir, gal būt, išėję iš mano kabineto, nuėjo pas nuolaidesnius specijalistus.

Kartais, esant chroniškam tonsilitui ir dar kuriai-nors organizmo netvarkai, tonsilektomijai sukraunama perdaug gerų vilčių.

Ne kiekvienas širdies, inkstų ar kito ko susirgimas yra kilęs dėl chroniškojo tonsilito. Be to, jei kuriame-nors organe yra susidarę pastovūs patologiškai anatomiški pakitimai, kad ir dėl chroniškojo tonsilito, tai tonsilektomija nepajiegs šitų organų atstatyti. Ji gali tik apsaugoti nuo naujų susirgimų, nuo recidyvų. Todėl tad tonsilektomija ir negali duoti ryškių pagerėjimų, esant chroniškiems procesams inkstuose, polyarthritis deformans ir kitoms panašioms ligoms.

Antra vertus, tonsilektomijų nėra ko perdaug baidytis: jokių neigiamų įtakų sveikatai jos nepadaro, o pliusų kartais duoda labai daug. Daugumos laryngologų, teippat ir mano, nuomone, tonsilektomija indikuotina kiekvienam chroniškam tonsilitui, sukeliančiam ar nesukeliančiam paratonsilinį susirgimą, jei tik nėra kontrindikacijų.

Svarbiausios gi kontrindikacijos yra šios: haemophilia, didelis mažakraujingumas, didelis kraujoslėgis, senas amžius (daugiau kaip 60 metų), didelis bendras po kurios-nors infekcinės ligos nusilpnėjimas ir atviroji plaučių tuberkuliozė.

Literatūra:

1. Brünings W.: Die Krankheiten der Mundhöle. Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege von A. Denker u. W. Brünings. Jena. 1923.
2. Dietrich A.: Rachen und Tonsillen. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Herausgegeben von F. Henke u. O. Lubarsch. IV B., I H. 1926.
3. Erdelyi E.: Erfahrungen an 1.600 Tonsillectomien. „Mschr. f. Ohrenheilkunde u. s. w.“ 4 u. 5 H. 1932.
4. Фетисов А. Т.: Класификация ангин с патолого-анатомической точки зрения. „Русская ото-ларингология“. 1928 m. 3 nr.
5. Grossmann B. u. Waldapfel R.: Pathologischanatomische Untersuchungsergebnisse bei der klinischen Angina lacunaris. „Zeitschr. f. Hals-Nasen u. s. w.“ 1925 m. 12 nr.
6. Kahler: Ueber das Tonsillaproblem. „Klinische Wschr.“ 1924 m. 12 nr.
7. Крюков Н. А.: К вопросу о состоянии фолликулярного апарата при лакунарной ангине. „Русская отоляринголoгия“. 1931 m. 6 nr.
8. Луковский Л. А.: Значение глоточных миндалин в этиологии хрониасептических заболеваний. „Русская ото-ларингология“. 1931.
9. Малютин Е. И.: Болезни носа, горла и уха. 1925.

10. Maurel G.: Indikation und Technik der Mandelauschälung. Ref. iš „Intern. Zentralblatt f. Ohrenheilk. u. s. w." B. 38. 1934.

11. Portmann G. et Lapouge J.: L'amyddalectomie totale. „Monogr. oto-rhino-laryngolog. internat." 1930 m. 20 nr.

12. Schlemmer Fr.: Anatomische, experimentelle und klinische Studien zum Tonsillaproblem. „Monatschr. f. Ohrenheilk. u. s. w." Festschrift zum C. Hajek. 1921.

13. Wolffheim W.: Zum Tonsillenproblem. „Zeitschr. f. Laryng. u. s. w." B. 20. H. 6. 1931.

Zussammenfassung.

Tonsilliten und Indikationen der Tonsillektomie.

Unter Tonsillitis verstehen wir einen Entzündungsprozess der Gaumenmandeln, obgleich, wie bekannt, es im oberen Teile der Atmungswege ausser den Gaumenmandeln noch eine Reihe anderer gibt.

Fast jede akute Tonsillitis tritt klinisch in der Form einer Angina, d. h. einen Entzündung des Rachens, auf. Zuweilen aber werden wir einer Angina auch dann gewahr, wenn die Gaumenmandeln schon längst entfernt worden sind.

In pathalogisch-anatomischer Hinsicht ist Angina und Tonsillitis nicht eine und dieselbe Erkrankung, obgleich den subjektiven und teils den objektiven Symptomen nach, also klinisch, wir kaum imstande sind die eine von der anderen im akuten Stadium zu unterscheiden.

Die beiden Erkrankungen laufen meist parallel und ergänzen sich einander. Daher die übliche Benennung: Angina follicularis oder lacunaris statt Tonsillitis follicularis oder lacunaris.

In Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Tonsillen bei unspezifischen Anginen, wurde von manchen Forschern des Tonsillenproblems der Vorschlang gemacht, die unspezifischen Anginen nur in zwei Arten unterzubringen, und nicht in drei, wie es bisher geschah.

Nämlich: Angina follicularis und lacunaris in eine Form zu verschmelzen und sie Angina (Tonsillitis) parenchymatosa zu benennen, die katarrhalische Angina dagegen in die leichtere Form zu sondern.

Ich halte mich an dieser Nomenklatur der Anginen (Tonsillitiden).

Die Therapie der akuten Tonsillitiden ist konservativ, nur im Falle einer eintretender lokalen Komplikation der akuten Tonsillitis-Peritonsillitis-ist der chirurgische Eingriff, die Inzision, am Platze.

Die Tonsillectomie nach einer akuten Angina oder Peritonsillitis ist am besten, wenn sie nicht zu umgehen ist, nur nach 4—5 Wochen zu machen.

Eine jede akute Angina kann sich zu einer chronischen entwickeln; nicht selten aber sind deutliche Zeichen einer chronischen Tonsillitis auch bei solchen Kranken zu beobachten, die sich an keine akute Angina in der Vergangenheit erinnern können.

Die lokalen Zeichen einen chronischen Tonsillitis sind zuweilen sehr unklar, zweifelhaft und in solchen Fällen sollte der Laryngologe Internisten oder andere Spezialärzte zu Rate ziehen, deren Mithilfe bei der Diagnostizierung der chronischen Tonsillitis, die paratonsillitischen Erkrankungen in Betracht nehmend, (chronische Sepsis, Herz-und Nierenkrankheiten, Myositis, Myalgien, Polyarthritis rheumatica etc.) von grosser Bedeutung sein kann.

Die wichtigsten lokalen Zeichen einer chronischen Tonsillitis sind: Oedema und Infiltration der Tonsillenbogen und Rachewände, Eiterpröpfe in den Tonsillenkrypten, Narben und Verwachsungen in den Tonsillen und die Schwellung der Halslymphdrüsen, besonders der lymphoglandulae maxillares.

Die radikalste Therapie der chronischen Tonsillitis ist die Tonsillectomie.

Meiner Meinung nach auch dann, wenn noch keine peritonsillitische Erkrankung vorliegt.

Die Konservativen Massnahmen (Gurgeln, Tonsillenmassage, Bepinseln mit Jodglycerin, Jothion etc., die Spaltung der Tonsillenkrypten und Auslöffeln, Kaustik, Tonsillotomie) reichen zur völligen Heilung der chronischen Tonsillitis an häufigsten nicht aus. Sie sind nur dann zu ergreifen, wenn die Diagnose der chronischen Tonsillitis noch nicht ganz feststeht oder wenn die Tonsillectomie kontraindiziert ist.

Die wichtigsten Kontraindikationen sind: Haemophilie, grosse Blutarmut, hoher Blutdruck, hohes (über 60 Jahre) Alter, allgemeine Schwäche grösseren Masses, nach irgendeines Infektionskrankheit und offene Tuberkulose der Lungen.

Dr. D. Rabinavičius.
(Stakliškės, Alytaus ap.).

Astmokardijalinio symptomokomplekso gydymo klausymu.

Savo pastarojoje paskaitoje „Širdies ligų gydymas" gydytojų tobulinamuosiuose kursuose Kaune prof. Pletnev, nagrinėdamas įvairius vaistus ir priemones, vartojamas širdies ligoms gydyti, teippat pasakė keletą žodžių ir apie morfį, pabrėždamas, kad gydytojas, gydydamas širdies ligas, privalo turėti galvoje ir šitą medikamentą. Jau prof. Pletnev'o tvirtinimas apie reikalingumą atitinkamais atvejais priskirti morfį prie „širdies vaistų", mano nuomone, iškalbingai rodo, kad praktikuoją gydytojai labai dažnai nekreipia reikalingo dėmesio į aukščiau minėtą medikamentą. Ir ne tik praktikuoją gydytojai! Atverskite beveik kiekvieną žinyną arba specijalios patologijos ir terapijos vadovėlį, ar daug ten kalbama morfio vartojimo klausymų, kad ir oedema pulmonum gydant? (Žiūr. naujos laidos Strumpel'io vad.). Tik keliose vietose, kur nagrinėjamas dyspnoe cardiopathicum klausymas, jis rekomenduojamas vartoti.

Pasirėmęs savo nedidele kaimo praktika, turiu visą teisę pareikšti, kad toks neakylas morfio pritaikymas kaikuriems širdies syndromams gydyti yra, be abejo, nusikaltimas. Būna atsitikimų, kad gydytojas, vartodamas šitą preparatą, tikra to žodžio prasme, daro stebuklą: jis išplėšia iš mirties nasrų tikrai pasmerktą ligonį tuomet, kai kitais vaistais, priklausančiais tikrųjų cardiaca ir excitantia grupei, o teippat kai ir fyzinėmis manipuliacijomis (pavyzdžiui, atitraukimu, kraujo leidimu etc.) negalima gauti to paties efekto. Kaip praktikuojąs gydytojas, aš palieku nuošaliai farmakodinamiką, o teippat patogenezę liguisto syndromo, kurio pašalinimui morfiui skiriu daugiausia reikšmės. Kalbu apie piktybinę širdies astmą su ūmine plaučių oedema. Errare discimus. Iš patyrimo žinau, kad nepavartoti morfio, esant aukščiau minėtam syndromui, yra didžiausia klaida, kurią ligonis apmoka savo gyvybe. Tačiau tekalba faktai.

1930 mt. rudenį, vėlų vakarą, aš atsidūriau prie lovos artimo man žmogaus, asthma cardiale cum oedemate pulmonum priepuolių apimto: į akis krito smarkus dusulys su trochejišku karkimu, cyanoze, šaltu prakaitu ir su imperatyvine defekacija. Žodžiu, beveik visi typingi šitos ligos požymiai. Kad ir buvo pavartoti gausūs cardiaca et excitantia, teippat ir pituitrin'as su fyzinėmis manipuliacijomis, po 20 minučių įvyko exitus. Morfis nebuvo vartotas.

Keliems mėnesiams praslinkus, aš vėl a sidūriau prie lovos tokio paties kito ligonio. Buvo pavartoti tie patys medikamentai, tik kombinuoti su morfiu ir venesekcija. Pituitrin'as nebuvo vartotas. Ligonis buvo išgelbėtas.

Po kelių savaičių tam pačiam asmeniui — vėl priepuolis su tais pačiais reiškiniais. Tokia pati terapija ir tokie patys geri rezultatai. Ligonis mirė dvejiems metams praslinkus po pirmojo, čia pavaizduoto, priepuolio nuo apoplektiško insulto, kuris sukėlė hemiplegia sinistra cum aphasia. Be to, turiu pažymėti, kad nuo pirmojo priepuolio iki exitus'o buvo 15 piktybinių priepuolių ir tik per pirmuosius dvejus metus buvo daryta venesekcija, o visais kitais atsitikimais buvo vartotas tik morfis, žinoma, kombinuotas su kitais cardiaca. Apsieita be venesekcijos. Nežiūrint į tai, kad kiekvieną sykį pasireikšdavo pavojingi širdies astmos c. oedemate pulmonum požymiai, ir nežiūrint į esantį blogą pulsą (jis buvo ryškiai arytmiškas ir siekė 130 kartų per minutę), ligonis, kaip matote, mirė t i k n u o s m e g e n ų h ė m o r a g i j o s.

Šiuo laiku mano globoje yra kitas senelis, kuriam jau 4 kartus, vartodamas tą patį gydymą — be venesekcijos, išgelbėjau gyvybę nuo tokių pačių pavojingų to paties syndromo priepuolių.

Aukščiau išdėstytos ligų istorijos labai gerai pabrėžia dominuojantį morfio vaidmenį širdies astmos su oedema pulmonum gydyme. Šiuo atsitikimu jis yra cardiacum par excellence, ir jo nevartojimas yra nedovanotina rizika. Tat galingas faktorius, į kurį turi būti atkreiptas ypatingas gydytojo dėmesys, juoba, kad žiaurus likimas mus — terapeutus — teip mažai lepina radikališkais vaistais.

Baigdamas nurodau ligos istorijas 3-jų ligonių, kuriuos ištiko minėtieji astmakardijaliniai priepuoliai:

I atsitikimas. 65 metų vyras, daugiau kaip vidutinio ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, raumeningas, panniculus adiposus žymiai pasireiškęs. Viršk namasis aparatas ir plaučiai normalūs. Širdis: iš kairės pusės širdies kraštas perkutuojant siekia linea mammillaris; tonai švarūs, akcentas antrame aortos tone, kraujoslėgis 110—190, pulsas taisyklingas — 76—80 kartų per minutę. Šlapimas: nuosėdose matomi pavieniai hyalininiai cilinderiai ir leukocytai. Žemutinės galūnės nesutinusios.

Nusiskundimai: tarpais galvos sukimasis ir ūžesys ausyse, negalėjimas ilgai vaikščioti dėl atsirandančio krūtinės sunkulio. Dar prieš 9 mėnesius,—kai buvo pasirodęs astmakardijalinis su oedema pulmonum priepuolis, nuo kurio ligonis ir žuvo,—jį ištiko apoplektiškas insultas su cerebellum'o sutrikimu.

II **atsitikimas**. Vyras, 76 metų, vidutinio ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, panniculus adiposus gerai pasireiškęs. Virškinamasis aparatas ir plaučiai normalūs. Širdis: padidėjusi vienu pirštu į kairę nuo linea mammillaris. Tonai švarūs, akcentas antrame aortos tone. Pulsas taisyklingas — 70 -76 kartų per minutę. Kraujoslėgis 115—250. Šlapimas: visuomet lengva albuminuria, nuosėdose matomi pavieniai iš organizuotų elementų hyalininiai cilinderiai, visuomet mažesnis ar didesnis kiekis erytrocytų ir pavienių leukocytų. Pastaraisiais metais buvo keli dyzurijos su hėmaturiia priepuoliai, kurie trukdavo nuo vienos iki kelių dienų. Skausmų ir imperatyvinių šlapinimųsi negalėjo nuraminti morfis ir kiti spasmolytica, o teippat ir purino grupės junginiai. Šitie priepuoliai prasidėdavo ir išnykdavo spontaniškai. Ligonis prieš juos ir po jų dažniausiai gulėdavo lovoje. Cystoskopijos nebuvo. Exitus, kaip jau pirmiau minėta, įvyko dėl smegenų hėmoragijos.

III **atsitikimas**. Senis, 84 metų, taisyklingo kūno sudėjimo, geros mitybos, pasak jo, niekad nesirgęs. Virškinamieji organai tvarkoje. Plaučiai: kraštai judrūs, užpakalyje ir apačioje reti sausi karkalai. Širdis: padidėjusi dviem pirštais į kairę nuo linea mammillaris, ryškus ūžesys ties aorta; kraujoslėgis 110—280; nedidelis kojų patinimas kuris vakarais padidėja. Šlapimas: lyginamasis svoris 1021, reakcija rūgšti, nedidelė albuminuria, pavieniai cilinderiai ir leukocytai. Pastarasis asthma cardiale c. oedema pulmonum priepuolis buvo 1935 m. kovo mėn. pradžioje, kurio metu ligonis nustojo sąmonės ir tokia būtis truko apie 2 valandas.

Visais šitais atsitikimais buvo pavartota morfio 0,015 su coffeini natr. benz. 0,2 arba su cardiazol'iu įleidžiant į raumenis, be to, stebint širdies veikimą buvo vartojamas ir digalen'as su calcium Sandoz, kaikuriais atsitikimais — ir euphyllin'as, 2 kartus ir salyrgan'as.

Kai dėl profylaktikos, tai nuo purino preparatų vartojimo nėsu patyręs jokio efekto; vartojant gi digitalį, — mano atsitikimais nepaisant esančio taisyklingo pulso ir nėsant periferinės ėdemos — priepuoliai, rodos, rečiau pasirodydavo. Savijauta gerėdavo aprėžiant skysčių vartojimą. Kaikada priepuoliui praėjus t⁰ truputį pakildavo, o šiaip ligonių t⁰ būdavo normali.

Autoreferat.

Im Lauf meiner letzten 4-jährigen ärztlichen Praxis habe ich 21 Fälle von Asthma cardiale mit akutem Lungenödem behandelt. Jedesmal waren die Symptome des obengenannten Syndroms deutlich ausgeprägt und meist von einer schlechten Herztätigkeit (Puls war arythmisch und 130—140 in einer Minute) begleitet. Beim Anfall wurde die Venaesektion nur 2 mal angewendet, Morphium aber in allen Fällen mit Ausschluss eines, der letal endete. Auf Grund des angeführten kam ich zu dem Entschluss, dass jeder Anfall von Asthma cardiale c. oedema pulmonum acuta mit Morphium behandelt werden muss und kein anderes Herzmittel kann es ersetzen. Der von allen empfohlene Aderlass erwies sich als nicht wichtig und sogar als überflüssig.

Dr. Juozas Šapiro.
(Tauragė).

Ar šaltas dušas gali pakeisti anglies dvideginio (CO_2) vonias?

Esu senas gydytojas (gydytojo diplomą esu gavęs 1890 metais) ir žinau, kad kolegos laikys mano klausymą keistu, kadangi šaltas dušas turi vienas, o anglies dvideginio vonios — kitas indikacijas. Vis dėlto manau, kad ne pro šalį bus pasidalyti su kolegomis savo nuomone ir paskatinti kaikuriuos iš jų padaryti šitam reikalui bandymus.

Paskutiniais metais ir gydytojai ir ypatingai plati visuomenė didelės reikšmės skiria vyresnio amžiaus žmonių kraujoslėgiui. Dauguma iš jų, nekreipdami dėmesio į kitus ligų symptomus, rūpinasi vien tik kraujoslėgį sumažinti vienu ar kitu būdu. Viena iš priemonių kraujoslėgiui sumažinti yra CO_2 vonios, kurios vartojamos daugiausia Nauheim'o, Marienbad'o ir kt. kurortuose, ir lengvai prilaikomos teippat naminėse sąlygose. Šaltas dušas stipriai veikia nervų systemą ir kraujo apytaką. Kraujoslėgis nuo jų gali net pakilti. Ar galima taikyti šalti dušai širdies ligose ir esant aukštam kraujoslėgiui?

Nelaikau savęs kompetetingu klausymą spręsti. Leidžiu sau papasakoti kolegoms, kaip praktikoje tą klausymą aš esu išsprendęs.

Labai seniai turiu aukštą — nuo 160 iki 200 mm. Hg. kraujoslėgį, bet jam didelės reikšmės neskirdavau, kadangi visuomet maniau ir dabar tebemanau, kad padidėjęs kraujoslėgis organizmui yra žymiai lengviau pakeliamas, negu esąs žemiau normos. Prieš 10 — 11 metų aš buvau kreipęsis į žinomą tais laikais d-rą K o c i n ą Kaune, dabar jau mirusį, klausdamas patarimo: ar galima man maudytis jūroje? Jis buvo radęs mano padidėjusį kraujoslėgį ir ryškų pirmojo tono ūžesį ir — priėjęs jisai išvadą, kad man jūroje maudytis negalima — patarė pasinaudoti CO_2 voniomis. Nuo to laiko kasmet važiuodavau į Marienbad'ą ar Nauheim'ą, kur gydydavausi CO_2 voniomis. Berlyno profesoriai teippat patardavo man stengtis sumažinti savo padidėjusį kraujoslėgį, — vienas patardavo nitroglyceriną, kitas (žinomas prof. G o l d s c h e i d e r) pasiūlydavo kiekvieną mėnesį 10 dienų būtinai vartoti jod - calcium - diuretin. Jaučiau, kad mano bendra savijauta blogėja, vartojant aukščiau nurodytus gydymo būdus. Tuomet nuo jų atsisakiau ir nutariau pereiti į kitą gydymo būdą — organizmo užsigrūdymą, nepaisydamas nei padidėjusio kraujoslėgio nei širdies ūžesių.

Seniai jau buvau prisipratinęs šaltai kūną apsitrinti, todėl gana drąsiai pradėjau naudotis dušu, norėdamas paveikti organizmą šaltu vandeniu. Pradžioj naudojausi vandeniu, naktį pastovėjusiu rezervuare prie vonios; dabar gi — iš bako, kuris

pastatytas namo pastogėje. Lipu stačiai į vonią, apsipilu visą kūną, pradedant nuo galvos ir baigiant kojomis, šalto vandens srove, kurios temperatūra būna ne aukštesnė kaip $5^0 - 6^0$ C.

Po tokiuo dušu stoviu keletą minučių, trindamas krūtinę, nuo kurios teka šaltas vanduo. Mano kojos, apautos žemais guminiais batukais, teippat prisisunkia nuo kūno tekančio vandens. Po šitokios procedūros nutrinu sausai kūną ir apsirengiu.

Koks šitokio dušo veikimas? Nei širdies plakimo, nei galvos svaigimo, nei dusulio neturiu nei šitos procedūros metu nei po jos. Apsitrynimo metu aš jau pastebiu, kad įsinoriu valgyti, o kai apsivelku, tai jaučiu malonią šilimą. Geresnės savijautos negali bebūti. CO_2 vonių daugiau kaip pusantrų metų nebevartoju. Ir aš esu įsitikinęs, kad šalto dušo veikimas širdžiai ir visam organizmui yra žymiai geresnis negu CO_2 vonios.

Pasirėmęs savo išmėginimais ir stebėjimais darau šitokias išvadas:

1) padidėjęs kraujoslėgis yra organizmo prisitaikymas įnervacijos ir širdies raumenų būklei;

2) dirbtinai numušamas kraujoslėgis gali būti ne tik bereikalingas, bet dar ir žalingas;

3) širdies ligomis sergantieji galima gydyti organizmo užgrūdymu su šaltu vandeniu;

ir 4) šaltas dušas gali ne tik atstoti CO_2 vonias, bet savo veikimu širdžiai ir bendrai ligonio savijautai gali CO_2 vonių veikimą pralenkti.

Džiaugčiausi, jei kolegos panorėtų patikrinti šitą mano gydymosi būdą su savimi arba su savo pacijentais ir gal būtų prieitos tos pačios išvados.

Autoreferat.

1. Die letzten Jahre wird zu grosse Aufmerksamkeit auf den bestehenden Blutdruck wie von den Aerzten, noch mehr von den Patienten gelegt.

2. Der hohe Blutdruck kommt reflektorisch in Zusammenhang mit dem Zustande des Herz-Muskel, Arterien-Wänden und Nerven-System.

3. Künstlich den Blutdruck zu unterdrücken ist nicht ratsam, oft bringt die Unterdrückung Schaden.

Naujosios priemonės kaltinamojo prisipažinimui išgauti

(„Lu" Nr. 3 (189). 1935. I. 18 d. „Pour faire avouer").

Vyriausias teisingumo uždavinys — išgauti kaltinamojo prisipažinimą — įgyvendinama ne be žiaurumo ir nešlovės. Baisiosios praeities replės užleido vietą kitoms šių dienų policijos vartojamoms kankinimo priemonėms. Šešių šimtme-

čių vakarų civilizacijos klestėjimo lyg permaža yra buvę kankinimo ir prievartos principui panaikinti. Visuomenės opinijai iki šiol buvo svetima mintis, kad pageidaujamų rezultatų galima atsiekti švelnesnėmis priemonėmis. Laimė, kad mokslas, nepaliaudamas skinti takus žmoniškumui žengti ir taupyti mūsų energiją kovai dėl būties, išrado naujas, jau kultūringas priemones, verčiančias tardomąjį tarti teisybės žodį. Būdamos praktiškos ir žmoniškos, jos sukėlė revoliuciją kriminologų sluogsniuose ir, be abejo, išstums šių dienų barbariškas priemones.

Keeler'io poligrafas.

Iš tų instrumentų labiausiai nuostabus yra „Keeler'io poligrafas", kitaip vadinamas melo išaiškintoju (detektoriumi). Šitasai įrankis matuoja ir žymi tiriamojo asmens arterijos kraujoslėgį, nelyginant „sfignometras", gydytojų vartojamas kraujoslėgiui sekti. Tačiau „poligrafas" ciferblato neturi, pastarąjį pavaduoja rodyklė su plunksna, brėžiančia popieryje slėgimo kreivę. Tiriamasis pasodinamas, o poligrafo rankena pridedama prie jo rankos. Tyrinėtojas ramiai, neskubėdamas, klausia. Kai tik tiriamasis ima meluoti, plunksna rodo staigų indų kraujoslėgio pakilimą. Šita reakcija aiškinama fyziologiškais pakitimais, įvykstančiais dėl susijaudinimo. Kai tik smegenys pajunta besiartinantį pavojų, organizmas suskanta gintis. Milijonai raudonųjų kraujo rutuliukų, inkstų ir kitų liaukų sekrecijos remiamų, subruzda kraujyje. Nervai ir raumenys įsitempia, širdis ima smarkiau plakti, tuo būdu indų kraujoslėgis didėja. Juk kiekvienas žmogus staigaus pavojaus metu jaučia savyje kraują „verdant". Kai tik tiriamasis paklausiamas tokio dalyko, į kurį teisingas atsakymas gali jį pražudyti, net pakišti po ešofoto peiliu, visas organizmas griebiasi ofenzyvos tiesai paslėpti. Bet jei paviršutiniškai ir galima atrodyti ramiam, tai viduje veikiančios jiegos pažaboti jokiu būdu nėsą galima. Tiriamojo išpažinties sulaukiama, kai jam parodoma popieris su plunksnos išbraižyta kreive, ir siūloma pasiaiškinti dėl tos linijos staigumų. 75% kaltinamųjų sumišta dėl šito aiškaus įrodymo ir prisipažįsta. Jei kaltinamasis neprisipažįsta, tai iš tęsiamos rašysenos galima spręsti, kaltas jis yra ar ne. 500 tardymų atvejais poligrafas nėra suklydęs. Nors teisingumo organai dar nesinaudoja poligrafu, bet kaikurie bankai ir įstaigos šaukiasi jo, kai kyla reikalas susekti nusižengusius tarnautojus. Štai, vieno Čikagos banko administracija, norėdama išaiškinti 5.000 dolerių pasisavintoją, „prakošė" per poligrafą 56 tarnautojus ir kaltininką susekė. Be to, iškilo

aikštėn 9 tarnautojų smulkesni pagrobimai, nors banko administracija apie tai nė žinoti nežinojo. Sužavėta poligrafo neklaidingumu, šito banko administracija naudoja jį kasmet kelis kartus ir, jei poligrafas rodo tarnautojo nenaudai kelis kartus paeiliui, jis atleidžiamas.

Prakaitas - išdavikas.

Tiems patiems tikslams tarnauja antras aparatas — W. G. Summers'o psycho-galvanometras (Fordham'o universitete). Kaltinamajam duodama laikyti maža plokštelė, o tuo tarpu pro jo kūną iš volto lanko praeina silpna elektros srovė. Toliau siūloma atsakyti į klausymus, kurių vieni yra nekalto pobūdžio, kiti — precizuoti. Reaguojama į juos nevienodai. Jei tiriamasis yra kaltas, tai pavojui atsispirti kylanti vidaus energija suerzina prakaito gaminamąsias liaukas. Pakanka nežymaus plaštakos prakaitavimo, kad tat jau veiktų elektros srovę ir sužadintų rodyklės svyravimą. Net kai tardomasis atsisako atsakinėti, minėtos liaukos ima veikti. Šitų eilučių autorius paprašė Summers'ą šitą aparatą pademonstruoti. Summers pasiūlė iš kortų kaladės mintyse išsirinkti kurią-nors kortą. Skleidžiant kortas kiekvieną kartą, nors autorius ir pameluodavo ties pasižymėtąja korta, kad tai jo pasirinkta, ciferblato rodyklė staiga pašokdavo. Nustebusiam autoriui Summers pastebėjo: „Jūs matote, kad prakaituojama dėl tokio menkniekio, kaip korta, kas gi bus, kai turėsime reikalą su nusikaltimu?"

Žodžių asocijacija.

Prof. Crosland išrado būdą išgauti prisipažinimą, nevartojant jokių instrumentų. Tam pasinaudojama žodžių asocijacija. Tiesa, šitas būdas neišaiškina melo, bet paskatina prisipažinti. Prof. Crosland padarė septynis bandymus ir visi baigėsi prisipažinimu, tuo būdu liko išaiškintos 5 vagystės, padirbtų pinigų naudojimas ir sukčiavimas. Didžiausio pasisekimo esama, kai „prakošiamos" homogeniškų žmonių grupės, pav., klūbo nariai ir t. t. Lape surašoma 100 žodžių, kurių 20 yra susiję su nusikaltimu, ir sekama, kaip tiriamųjų reaguojama. Įsivaizduokime, pav., kad iš direktoriaus stalčiaus pavogta 100 dolerių banknotas. Lape tarp žodžių nestinga ir tokių, kaip „100", „stalčius" ir t. t., ar tokių, kurie rimuojami su žodžiais, tiesiog primenančiais vagystę. Visi įstaigos tarnautojai suvedami ir jiems skyrium skaitomas lapas su žodžiais; į kiekvieną perskaitytą žodį tarnautojas turi atsakyti kuriuo-nors pasitaikiusiu žodžiu. Paprastai reakcijai užtenka 1½ sekundės, bet jeigu ji užtrunka, tat rodo, kad

klausiamasis galvoja ar esąs sujaudintas. Tokie atvejai protokoluojami. Įtartieji imami į nagą ir prisipažįsta. Aš dalyvavau Kolumbijos universitete per vieną bandymą, kai profesorius išaiškino iš 50 studentų tariamojo nusikaltimo visus dalyvius. Teismai dar nėra pribrendę pripažinti žodžių asocijacijos vienu iš svarbiųjų įrodymu, bet kriminologai tikri, kad moksliškosios priemonės išguis prievartos metodes.

Neurastenikams ar menko išsilavinimo žmonėms taikoma kita priemonė. Jie sodinami kambaryje, kurio visos sienos užkabintos veidrodžiais, ir klausinėjami pro padarytą skylę. Beklausinėjant nežymiai tyčia keičiama žalsvos spalvos šviesa. Tiriamasis, matydamas savo veidą pabalusį bei liguistą ir nesuprasdamas paslapties, sumįšta — jam atrodo, kad jo išvaizda jį išduoda, ir natūralu, kad jis prisipažįsta esąs kaltas.

Likę aparatai — „pneumografas" ir „oscilografas" — dar pakankamai neišbandyti. Pirmasis turįs stebėti kaltinamojo kvėpavimą klausinėjimo metu, antrasis gi — fotografuoti prakaitinių liaukų reagavimą.

Deja, geriausios moksliškos priemonės yra bejiegės įgudusio nusikaltėlio atkaklumo akivaizdoje. Tačiau ir jiems mokslas parūpinęs „receptą". Jisai vadinamas „skopolaminu" arba „teisybės serumu".

Teisybės serumas.

Skopolaminas gaunamas iš Texas'o durnaropių. D-ras R. E. Honse per vienos pacijentės gimdymą pastebėjo, kad skopolaminas veikia kaikuriuos smegenų centrus, neliesdamas nei atminties, nei klausos, nei išsireiškimo būdo. Daugelis bandymų įrodė, kad skopolaminas veikia centrą, kuriame fabrikuojamos melagystės. Garsus kriminologas pulk. Calvin H. Goddart teippat įsitikino, kad tas vaistas nuostabus. Goddard siūlo tiriamajam bendradarbiui parašyti aiškius atsakymus į 20 klausymų, pav.: ar jūs žaidžiate bridžą?; ar skaitote prancūziškai? ir t. t. Po to tiriamasis įspėjamas, kad, kai jam bus paskaityti tie patys klausymai, jis gali meluoti, kiek tik nori. Bet prieš tai jam įšvirkščiama skopolamino. Skopolamino įtakoje tiriamasis nepajiegia nė vienu atsakymu sumeluoti, net apie savo amžių. Vienas atsakymas buvo nuostabus. Į klausymą: „Ar teko tamstai nusižengti prieš taisykles, tvarkančias automobilių judėjimą", atsakyta „ne". Bet įšvirkštus skopolamino, gautas priešingas atsakymas: „Teip, kai aš mokiausi Virginijos mokykloj". Skopolaminui nustojus veikti, jis patvirtino, kad toksai įvykis buvęs, bet jis buvęs jį visiškai pamiršęs.

Mokslas nugalės prietarus.

Beje, policija dar abejingai žiūri į šitas mokslo išdavas. Vis dėlto, skopolamino dėka, Birmingamo (Alabamos) prokuroras M. Jamas G. Davis išaiškino 12 žmonių gaują, padariusią 26 nužudymus. Nors teismas ir nesirėmė minėta priemone, bet vistiek Davis'ui pasisekė išgauti iš teismo kaltinimo verdiktas, sekant prisipažinimais, padarytais skopolamino įtakoje.

Tiesa, Lindbergo vaiko tariamam žudikui Hauptmanui skopolamino neįšvirkšta. Ir tai dėl teismų ir policijos, pratusios vartoti pasenusias priemones, storžieviškumo. Teismai ir posėdininkai paneigia naujus kriminologų išradimus, galvodami, kad, griebdamiesi arterijos kraujoslėgio tikrinimo ir skopolamino švirkštimo, jie nusikalstą įstatymams. Įstatymas nepakenčia, kad mokslo vyrai brautųsi į jų sritį. Bet mokslininkai nenusimena ir, be abejo, įtikins pasenusius teismus ir žiaurius policininkus.

Vertėjo prierašas. Nors straipsnis autoriaus ir nepasirašytas, bet, kadangi operuojama žinomų kriminologų vardais ir konkrečia medžiaga, jis įdomus ne tik kriminologams, policijai ir teisėjams, bet ir platesnei visuomenei. Kaip pastebėjote, nestinga jame šiurkštumo ir nevisai pelnytų karčių žodžių policijai ir teismams. Savaime suprantama, kad policija ir teismai, varydami didžiai atsakingą darbą, neįsileidžia gerai nepatikrintų metodžių, o kadangi aukščiau minėtos priemonės dar masinio, jų patikimumo įrodančio pritaikymo neturi, laikomasi dėl jų rezervuotai. Geistina išgirsti ir mūsų kriminologų nuomonė.

Tikiuosi, kad šitas straipsnis atkreips ir mūsų gydytojų dėmesį, ir vienas kitas tars autoritetingą žodį „Medicinos" žurnale.

Vertėjas teisin. Vbs.

Doc. d-ro K. Oželio prierašas.

Straipsnio vertėjas pastebi, kad „straipsnis, nors nepasirašytas, bet kadangi operuojama žinomų kriminologų vardais ir konkrečia medžiaga, įdomus..." Naujų priemonių suradimas kaltinamojo prisipažinimui išgauti, be abejo, būtų labai svarbus. Deja, šito straipsnio nurodytosios priemonės kolkas teturi maža praktiškosios vertės. Teismas tegali pasinaudoti priemonėmis, kurios tėra tikros ir neabejotinos. Straipsnio nežinomas autorius primeta policijai nepagrįstus žiaurumus, o teismus kaltina, kad jie neigią kriminologų išradimus būk dėl to, kad, pasinaudodami kraujoslėgio tikrinimu ir skopolamino įšvirkštimu, peržengsią įstatymus.

Straipsnio autorius nurodo, kad poligrafu reikiąs matuoti kraujoslėgis, kuris pasikeičiąs, jei tiriamasis esąs kaltas. Bet mes žinome, kad kraujoslėgis bei pulsas kartais pakitėja dėl

įvairių aplinkybių, nors jis nėra nusikaltęs. Fyziologiški pakitimai reikalauja labai kruopščios analyzės. Paprastas kraujoslėgio kreivės skaitymas arba jos demonstravimas nelabai galėtų priversti kaltinamojo prisipažinti, o jei dar būtų skubinamasi su išvadomis, tai tada klaidos būtų neišvengiamos.

Negeriau atrodo ir psychogalvanometro pavartojimas. Pakanka nežymaus, autoriaus nuomone, plaštakos prakaitavimo, kad paveiktų rodyklės svyravimą. Vienu atveju, galimas daiktas, kad subjektas, patekęs į neįprastą aplinkumą, jau susijaudina, antru atveju — jausdamasis kaltas, trečiu atveju be ypatingų priežasčių turi palinkimų prakaituoti. Yra žmonių, kurių rankos beveik nuolat esti suprakaitavusios. Kaip panašiais atvejais tektų įvertinti psychogalvanometro rodyklės svyravimas? Ar čia nereikia atsargumo analyzuojant prakaitavimo atsiradimą?

Dėl žodžių asocijacijos pavartojimo aš negalėčiau nieko prieš pasakyti, kadangi teismo darbuotojai, apskritai, turėtų būti gerai susipažinę su psychologijos ir psychopatologijos pagrindiniais dėsniais, norėdami tinkamai suprasti ir įvertinti tardomojo arba teisiamojo asmenybę.

Šviesos pakeitimo efektais priversti neurasteniškus typus arba menko išsilavinimo žmones sakyti tiesą teippat abejingas dalykas. Neurastenikas ir nebūdamas kaltas lengvai reaguoja į pakitėjusias aplinkybes, tuo tarpu kai menko išsilavinimo subjektas neatkreips nė mažiausio dėmesio. Kurių išvadų galima prieiti panašiais atsitikimais?

Dėl pneumografo ir oscilografo patsai autorius pasisako, kad jie nėsą dar pakankamai išbandyti ir nevartotini. Užtat autorius karštai rekomenduoja įgudusio nusikaltėlio atkaklumui nugalėti skopolaminą, kuris veikiąs centrą, kuriame formuojančiosi „melagystės". Pakanką tokiam subjektui įšvirkšti skopolamino, kurio įtakoje jis jau nebegalįs meluoti ir pasakąs tiesą. Tikrai stebuklingas būdas! Jei teip būtų, tai tikrai tardytojams ir teisėjams užgimtų aukso gadynė. Tardytojui pakaktų įsigyti skopolamino ir švirkštas: įleistų tardomajam skopolamino ir tardomasis gražiausiai išdėstytų visus nusikalstamojo darbo faktus kaip ant delno. Skopolaminas ir jo fyziologiškas veikimas yra žinomi, bet kad jis specifiškai veiktų „melagystės" centrą, deja, apie tai farmakologai ir fyziologai dar nėra pasisakę.

Doc. d-ras K. Oželis.

Dr. B. Matulionis.

Estijos kurortai.

Estijos gydytojų sąjunga 1934 m. liepos mėn. 22—29 d. suruošė įdomią ekskursiją po svarbesniuosius Estijos kurortus ir pakvietė po 3 gydytojus iš Latvijos, Lietuvos, Suomijos, Švedijos, Vengrijos ir Lenkijos. Latviai kažkodėl visai nedalyvavo. Iš Lietuvos tebuvau aš vienas. Iš visų kviestų valstybių buvo atvykę išviso 7 gydytojai. Ekskursijos metu buvo aplankyti kurortai: Hapsalu, Kuressaare, Pärnu, Narva-Joesuu, miestai: Tallin, Wiljandi, Tartu ir Narva. Ekskursija vyko autobusu. Išvažinėta apie 1.200 klm. Ekskursiją visą laiką lydėjo Estijos gydytojų sąjungos pirmininkas dr. Lübek, sekretorius dr. Sarw ir gyd. Juhans. Tenka pabrėžti nepaprastas estų nuoširdumas ir svetingumas: kiekvienoje vietoje, kur tik ekskursija sustodavo, vietinė visuomenė ir savivaldybė rodė mums kodidžiausią nuoširdumą ir vaišingumą.

Nors Estija gyventojų skaičiumi yra beveik per pusę mažesnė už mūsų kraštą, bet turi 4 didelius pajūrio kurortus, kurie ne tik pačių estų yra mėgiami, bet gana gausiai lankomi ir artimųjų Pabaltijo kaimynų. Manau, kad bus pravartu nors trumpai tie žymesnieji kurortai apibūdinti ir pasakyti dar keletą žodžių apie patį Estijos kraštą.

Hapsalu kurorto įrengimai seni, pastatyti prieš 108 mt. Miestelyje yra 4.500 gyventojų. Kurorto frekvencija dabar yra apie 2.000, seniau — apie 9.000. Gydomosios priemonės — dumblo vonios ir jūrų maudyklės. Dumblas imamas iš jūros dugno, labai homogeniškas, turi daug kolojidų, aktingų sieros junginių ir pasižymi radijoaktingumu: 35 Mach'o vienetai 1 literyje. Jūros pakraštyje įrengtas patogus maudytis pliažas. Jūros įlanka apsaugota nuo atvirosios jūros bangų ir srovių, dėl to vandens t^0 labai pastovi ir aukšta: vasarą — apie 18—19^0 C. Palyginti gana šiltas jūros vanduo su pastovia t^0 tinka silpniems, anėmiškiems, skrofulioze sergantiems vaikams. Estų gydytojai šitą kurortą vadina vaikų kurortu. Hapsalu dumblo vonios, kurios, kaip minėta, turėdamos aktingų sieros junginių (H_2S) ir būdamos radijoaktingos, tinka gydyti įvairiems chroniško reumato, neuralgijų ir moterų ligų atsitikimams. Patsai miestelis — švarus, tvarkingas, daro malonų, kultūringą įspūdį. Pragyvenimas ir pačios vonios pigiai atsieina.

Kuressaare (Arensburg) yra Saaremaa (Esel) saloje. Iš sausžemio laivas autobusus perkelia į salą Mon, esančią už 9 klm. nuo kranto. Jūra čia rami. Nuvažiavus 25 klm. skersai salą Mon, toliau per supiltą 4 klm. pylimą autobusais jau patenkama į salą Saaremaa. Tai didžiulė, 100 klm. ilgio ir 60 klm. pločio, sala. Žemės paviršius — vieni akmenynai ir kadugių krūmai. Nederlıngą žemę dirba moterys, o vyrai eina uždarbiauti

į sausumą; ir vis dėlto po visą Estiją skamba iš šitos salos kilusi liaudies daina, kad niekur nėra teip gražu ir malonu gyventi, kaip kad saloje Saaremaa. Teip estai myli savo žemę! Kuressaare kurortas turi apie 4.000 gyventojų. Miestelis įkurtas 1563 mt. XIII—XIV šimtmetyje čia pastatytoji didinga pilis išliko visai sveika iki šių dienų; dabar jos būstinėse įkurtas muziejus. Šitos piiies arkivyskupai šimtmečius valdė dalį Estijos žemių.

Tiek Hapsalu tiek ir Kuressaare kurortas yra išgarsėję savo dumblo voniomis. Dumblas imamas čia pat iš jūros dugno; jis turi daug kolojidiškų substancijų; jame yra aktingų sieros junginių (H_2S); radijoaktingumas kiek mažesnis, kaip Hapsalu dumblo. Pajūryje įrengtas patogus dirbtinis pliažas ir maudyklės. Jūros vanduo vasarą šiltas ir turi pastovią t^0, nes įlanka yra apsaugota nuo atviros jūros bangų. Todėl ir Kuressaare pajūris yra žymus savo minkštu klimatu, šiltu, pastoviu vandeniu; dėl to indikacijos šitam kurortui lieka tos pačios, kaip kad ir Hapsalu. Už 15 klm. nuo kurorto jūros krante yra gražiausias pušynas — Jarve. Šitą Kuressaare vasarotojų gausiai lankomą vietą jungia su kurortu plentas; kelionė autobusu į abu galu tekaštuoja tik 75 centai. Ir šitame kurorte pragyvenimas yra pigus; patsai miestelis atrodo kuklus, bet švarus, tvarkingas ir savo tvarka primena aukštą krašto kultūrą.

Pärnu šiuo metu yra gražiausias ir didžiausias Estijos kurortas. Miestelis turi apie 21.000 gyventojų. Lietuvos kunigaikštis Trainaitis savo laiku buvo sunaikinęs šitą miestelį ir jo bažnyčią. Todėl tada Estijos arkivyskupas ir pasistatė minėtą pilį Saaremaa saloje.

Pärnu gydomosios priemonės yra dumblo vonios ir jūros maudyklės. Dumblo vonios čia vartojamos dvejopai: dumblas imamas arba iš jūros dugno arba iš vietinių durpynų (Moor-und Schlammbäder). Jūros dugno dumblas turi aktingų sieros junginių (H_2S); jo radijoaktingumas mažesnis kaip kad Kuressaare. Pasikalbėjus su prof. W a d i, kuris vasaros metu dirba šito kurorto laboratorijoje, paaiškėjo, kad pagal jo paties patyrimą durpinio dumblo vonios kaikuriais atvejais veikiančios geriau kaip kad vonios, gamintos iš jūros dumblo. Šitas Tartu univ-to prof. W a d i patyrimas atrodo įsidėmėtinas, turint galvoje durpines mūsų Birštono dumblo vonias. Pajūryje įrengtas didelis „strandsalonas", didžiulės maudyklės, didelis pliažas ir t. t Vonių būstinė pastatyta 1928 mt.; vidaus įrengimas malonus, jaukus, puošnus: aplinkui platus, puošnus parkas. Kurorto frekvencija apie 3.000, bet kasmet kyla Kurortas gana gausiai lankomas suomių ir ypatingai švedų. Šitas faktorius tam, kuris pažįsta aukštą švedų kultūrą, pats savaime duoda kurorto įvertinimą. Tuo tarpu, kai Hapsalu ir Kuressaare yra beveik išimtinai gydymosi ir ramaus poilsio kurortai, Pärnu daugiau sutraukia vasarotojų, jaunuomenės, o tikrų ligonių čia mažiau. Indikacijos lieka tos pačios, tik šitas kurortas gal bus mažiau tinkamas vaikams gydyti.

Visuose trijuose minėtuose kurortuose, greta dumblo vonių, yra gaminamos dirbtinės anglirūgštės vonios. Pärnu kurorte pragyvenimas ir patsai gydymasis kiek brangesnis, kaip pirmuosiuose dviejuose kurortuose; be to, čia nėra to jaukaus ramumo, kaip Hapsalu ar Kuressaare. Pärnu gyvenimas daugiau panašus į Palangos gyvenimą vasarą. Užtat Pärnu kurortui nebeužtenka didžiulio „strand-salono“ pajūryje, bet dar pačiame parke įtaisytas didelis, puošnus, tiesiog luksiškas kazino. Koncertai, šokių vakarai, įvairios pramogos kurorto vasarotojams neleidžia nuobodžiauti Pärnu lanko daugiau jaunuomenė ir tie ligoniai, kurie gydytis vyksta sveikųjų šeimos narių lydimi.

Ketvirtasis Estų kurortas **Narva-Joesuu** panašus į mūsų Palangą: tat yra pajūrio vasarvietė. Čia vasaroti ir jūros bangose pasimaudyti atvažiuoja estų, suomių, švedų visuomenė. Jūra atvira; pakraštis nuo jūros srovių neapsaugotas, todėl net pačiame vidurvasaryje vandens t^0 čia kartais staiga nukrinta, bet po 2—3 d. šaltas vanduo nuplaukia, ir vėl jūra lieka tinkama vasarotojams. Šitame kurorte yra įtaisytos 2 sanatorijos su dumblo, CO_2 voniomis, elektro-hydroterapijos skyriais ir dijetinėmis valgyklomis. Taigi, ir šitame kurorte nors nedaug, bet esti vasarotojų ligonių, kurie gydosi nuo reumatiškų, neuralgiškų susirgimų, širdies sutrikimų, chr. moterų ligų ir t. t.

Estai didžiuojasi gražiu šito kurorto pliažu ir yra įsitikinę, kad Narva-Joesuu pajūris yra nepalyginamas. Tiesa, čia jūra negili, pliažas platus, ir kaip šilkinis, be akmenėlių, smėlis, bet vis tiktai čia nėra tų puikiųjų Palangos kopų ir beribės pajūrio erdvės. Visi Pabaltijo ir Šiaurės jūros pakraščiai negali lygintis su mūsų Palangos jūra, smiltynais, kopomis.

Seniau Narva-Joesuu, matyti, yra buvęs plataus masto kurortas. Prieš karą frekvencija čia siekdavo 12.000 ir daugiau. Dabar, Estijai nuo Rusijos atsiskyrus siena, lankytojų kasmet esti apie 5.000—6.000. Šiaip kurortas labai gražiai sutvarkytas; pajūryje puikus parkas su dideliu puošniu kurhauzu. Daug gražių vilų. Gyvenimas pigus, pav., minėtame kurhauze patogus kambarys ir visas išlaikymas (valgis geras) dienai kaštuoja mūsų pinigais 4½—5 lt.

Apskritai, įspūdis iš kelionės po Estiją liko visais atžvilgiais teigiamas. Tie, kurie lankosi užsienių kurortuose, pirmiausia turėtų atsiminti jaukius, malonius Estijos kurortus. Be to, Estija yra natūralus mūsų kaimynas, Pabaltijo šeimos narys. Estijoje mes ne svetimi atėjūnai, bet malonūs, laukiami svečiai. Mes lietuviai čia randame daug nuoširdžios sympatijos. Ypatingai tat turėtų sau į galvą įsidėti toji mūsų visuomenės dalis, kuri tebelanko vokiečių kurortus, kur į mus žiūrima su panieka, kaip į žemą, nekultūringą tautą.

Estija yra aukštos tautinės kultūros kraštas. Užteks jei paminėsiu, kad jau prieš didįjį karą estų visuomenė savo lėšomis buvo Taline pasistačiusi milžinišką teatrą su 6 salėmis kon-

certams, vaidinimams, studijoms ir t. t. Tautinio teatro name yra gražiausias visame Taline didžiulis kazino, kur praleisti laisvam laikui renkasi estų visuomenė. Tartu mieste teippat prieš karą estai sugebėjo pasistatyti didžiulį teatrą, nepaisydami didžiausių kliūčių, kurias jiems tada darė vietiniai vokiečiai. Tartu teatre yra viskas: vaidinimo salės, kazino estų visuomenei rinktis ir kitokios kultūrinės įstaigos. Toksai pats teatras prieš karą pastatytas Pärnu mieste; prie teatro yra estų vaikų darželis, biblijoteka, estų klūbas ir t. t. Tartu mieste įrengtas turtingiausias estų tautinės kultūros muziejus su daugiau kaip 8.000 eksponatų; šitame muziejuje smulkiai ir nuosekliai atvaizduotas estų gyvenimas nuo senų senovės iki paskutiniųjų laikų.

Estijos gydytojų sąjunga Tartu mieste turi 2 aukštų namą, užimtą hygijenos muziejaus ir laboratorijos modeliams gaminti. Šitas muziejus atlieka nemažą kultūrinį darbą nuolat rengdamas kilnojamas hygijenos parodas su paskaitomis; be to, muziejus leidžia populiarų, iliustruotą, perijodinį leidinį, skiriamą tautos sveikatos reikalams. Įsidėmėtina, kad pirmasai medicinos laikraštis estų kalba išėjo Tartu mieste 1766 mt. Kaip pas mus tautinį atgimimą pirmieji pradėjo žadinti gydytojai (Kudirka, Basanavičius, Šliupas), teip ir pas estus. Tartu mieste, universiteto parke, stovi paminklas vienam estų gydytojui, kuris daugiau kaip prieš 100 mt. pradėjo žadinti estų tautą.

Šiuo metu estų kultūrinis gyvenimas yra toli pažengęs. Teko matyti daug gražių mokyklų, pavyzdingai savivaldybių tvarkomų ligoninių. Miesteliai švarūs, tvarkingi, rūpestingai puošiami. Pav., apskrities miestas Wiljandi jau 30 metų turi vandentiekį ir kanalizaciją. Mes Estiją permaža pažįstame, verta ir reikia šitas mums draugiškas kraštas arčiau pažinti.

Skiriantis Estijos gydytojų sąjungos pirm. d-ras Lübek pareiškė nuoširdžius linkėjimus Lietuvos gydytojams ir pabrėžė reikalą Pabaltijo gydytojams greičiau susirasti kontaktą ir bendrą kalbą. Jo žodžiai įsidėmėtini. Daugelis profesijų ir organizacijų daro Pabaltijo kongresus, suvažiavimus, atranda bendrų reikalų, tik mes lietuviai medikai kažkodėl esame sustingę. Jau metas iš tos stagnacijos išeiti.

Gyd. Ant. Gulbinas.

V. D. Univ-to odos ir veneros ligų klinikos ir poliklinikos 1933 metų veikimo apyskaita.

Odos ir veneros ligų klinika ir poliklinika yra Kauno valstybinės ligoninės būstinėse ir pagal ligoninės suskirstymą sudaro V-tąjį skyrių. Klinika yra antrame aukšte ir turi užėmusi iš viso 4 palatas, kuriose galima suguldyti iki 15 stacijonarinių ligonių.

I-oji lentelė.

SUSIRGIMAI	Buvo likę 1933.I.1d.	Paguldyta	Išrašyta	Liko 1934.I.1d.
Lues I	1	1	2	—
Lues II	6	40	46	—
Lues III	2	11	13	—
Gonorrhoea complicata .	1	22	22	1
Psoriasis vulgaris . . .	1	3	4	—
Favus capitis	1	1	2	—
Ekzema	1	7	8	—
Scabies.	—	1	1	—
Ulcus cruris varic. . . .	—	5	5	—
Lupus vulgaris	—	9	9	—
Lupus erythematosus. . .	--	2	2	—
Dermatitis medic. . . .	—	2	2	—
Dermatitis bullosa acuta . .	—	1	1	—
Dermatitis acuta . . .	—	3	3	—
Salvarsandermatitis acuta . .	—	1	1	—
Paralysis progressiva. . .	—	1	1	—
Tabes paralysis	—	1	1	—
Erythema exsud. m. . . .	—	1	1	—
Psorospermosis foll. vegetans .	—	1	1	—
Erysipelas faciei . . .	—	2	2	—
Pemphigus foliaceus . . .	—	2	1	1
Epididymitis tbc	—	1	1	—
Neurofibromatosis . . .	—	1	1	—
Iš viso . . .	13	119	130	2

Šitose keliose palatose greta guldomi odos ir veneros ligomis sergą ligoniai. Moterys nuo vyrų tėra atskirtos tik palatų sienomis. Vyrams ir moterims koridorius yra tas pats. Didelis būstinių ankštumas neleidžia atskirti odos ligomis sergančiųjų ligonių nuo venerikų. Vonios kambarys yra vienas ir tas pats visiems ligoniams. Nakties metu odos ir veneros ligų klinika esti sunkiai pasiekiama visoje ligoninėje dežuruojančiam personalui. Atskirai dežuruojančių skyriui neskiriama. Tokia izoliacija apsunkina sunkiai sergančiųjų ligonių priežiūrą ir slaugymą ir sudaro didelį minusą pačiai klinikai.

Poliklinikos būstines sudaro 4 kambariai:

1) Profesoriaus kabinetas, kartu ir gydytojų kambarys. Jame yra ir katedros knygynas.

2) Dijatermijos kambarys, kuriame yra sudėti dijatermijos aparatas, pantostatas, kvarco lempa, gynekologinė kėdė ir anglirūgšties instrumentariumas. Tame pačiame perpildytame kambaryje yra daromos dar įvairios elektroterapinės operacijos ir kiti elektroterapiniai veiksmai.

3) Vyrų laukiamasis kambarys, kartu ir ambulatorija.

4) Moterų laukiamasis kambarys, kartu ambulatorija ir laboratorija, kurioje yra daromi mikroskopiški tyrimai. Ambulatoriniams ligoniams mediciniški patarnavimai yra atliekami užstačius širmas, kad būtų apsaugomi nuo bereikalingų žiūrovų.

Būstinių ankštumas apsunkina darbą, ir didesniam ligonių skaičiui medicinos pagelbos tiekimas yra tiesiog neįmanomas. Nors ir būstinės

ankštos, bet klinikos ir poliklinikos pagelba 1933 metais pasinaudojo gana nemažas ligonių skaičius.

Stacijonariniame klinikos skyriuje ligonių buvo: vyrų 81, išbuvo 1.910 dienų; moterų 51, išbuvo 1.505 dienas; iš viso 132 žmonės, išbuvo 3.416 dienų. Vidutiniškai kiekvienas ligonis klinikoje išgulėjo 25,9 dienas ir vidutiniškai kas dieną klinikoje buvo 9,4 ligonių.

Gulėjusių ligonių suskirstymas ligomis matoma iš šios pridėtosios lentelės: (Žiūr. I-ąją lentelę).

Poliklinikoje gydėsi 1.546 ligoniai (887 vyrai ir 659 moterys). Per metus jie gydydamiesi apsilankė poliklinikoje 14.299 kartus. Suskirstymas ligonių pirmą kartą ir kartotinai atsilankiusių ligonių matomas iš šių pridėtųjų lentelių. (Žiūr. 2-ąją ir 3-iąją lenteles).

2-oji lentelė.

Pirmą kartą atsilankiusieji:

	Vyrų	Moterų	Iš viso
Lues I	20	4	24
Lues II	68	82	150
Lues III	10	9	19
Gonorėja	252	56	308
Odos ligomis	254	307	561
Lyties organų ligomis	127	48	175
Patikrinti sveikatą	118	106	224
Kitomis ligomis	36	44	80
Iš viso	887	659	1.546

3-oji lentelė.

Kartotinai atsilankiusieji:

Lues	3.137	2.944	6.081
Gonorėja	3.112	2.733	5.845
Odos ligomis	298	405	703
Lyties org. ligomis	64	35	99
Kitomis ligomis	12	13	25
Iš viso	6.623	6.130	12.753
Bendrai iš viso. . . .	7.510	6.789	14.299

Šventadieniais poliklinika būdavo uždaryta. Taigi, atmetus šventadienius, poliklinikoje lankydavosi vidutiniškai kas dieną 46 ligoniai. Per 1933 metus padarytos 6.333 intraveninės neosalvarsano injekcijos ir tam tikslui sunaudota 2.435,31 gr. neosalvarsano.

Pavasario semestre paskaitų klausėsi 63 stud. med. ir 32 stud. odont., iš viso 95 studentai.

Rudens semestre paskaitų klausėsi 58 stud. med. ir 31 stud. odont., iš viso 89 studentai.

Klinikos vyresnįjį medicinos personalą sudarė: klinikos ir poliklinikos vedėjas prof. J. Karuža, vyresnysis asist. d-ras Br. Sidaravičius ir jaunesn. asist. gyd. Ragaišienė.

Kauno valstybinės ligoninės direktorius duoda skyriui vieną gailestingąją seselę ir vieną gailestingąją seselę praktikantę. Stacijonariniams ligoniams aptarnauti, klinikoje ir poliklinikoje švarai palaikyti yra viena sanitarė, kuri ten pat ir gyvena (rūsyje).

Poliklinikos veikimo metu dirba kasdien IV-to kurso 3—4 stud. med. ir 1 stažistas med. kandidatas ar gydytojas.

Klinikos ūkio inventorius 1934 m. sausio mėn. 1 dieną buvo 3.782 litų ir mokslo inventorius 17.883,74 litų vertės. Kaip minėta, odos ir veneros ligų katedra turi savo knygyną, kuriame tuo metu buvo 247*) knygos, kurios siekė 18,226,43 litų vertės.

Klinikos personalo 1933 m. buvo išspausdinti šie mokslo darbai: Dr. Br. Sidaravičiaus: 1. Dermatitis ex primula atsitikimas. („Medicina" 1933 m. 2 nr., 95—97 p.). 2. Du pemphigus foliaceus atsitikimu. („Medicina" 1933 m. 6—7 nr., 379—387 p.).

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

8. D.-M. Gomez: **Action thérapeutique de certains extraits rénaux dans le traitement de l'hypertension artérielle.** (Tam tikrų inkstų ištraukų (ekskraktų) veikimas gydant kraujoslėgio padidėjimą) („Pr. Méd." 1934 m. 70 nr).

Tam tikros ištraukos iš kortikalinės inkstų substancijos galinčios sumažinti kraujoslėgį žmonėms, sergantiems hypertenzija.

Išdėstęs kraujoslėgio kitimą įvairių momentų įtakoje, autorius nurodo inkstų kortik. substancijos teigiamąjį veikimą kraujoslėgiui sumažinti. Beveik visais atsitikimais esąs pastebimas iš lėto progresuojąs kraujoslėgio sumažėjimas, kartais po pirmos injekcijos, dažniau gi praėjus 3—4 dienoms. Vėliau, tarp 4—6 savaitės, slėgimas vėl imąs kilti, tačiau nepasiekdamas pirmykščio savo dydžio (su nedidelėmis išimtimis). Šitoji substancija teippat sumažinanti urėjos kiekį kraujuje. Kartu gerėją ir subjektyvūs symptomai. Fyziniai reiškiniai mažiau pasiduodą jos įtakai.

Iš savo patyrimų autorius prieinąs šitokias išvadas:

Pirmiausia sumažėją galvos skausmai, kurie pagaliau visai išnyksta. Dyspnoea pasikeičiąs daug vėliau. Ypatingai pagerėjanti pollakiuria nocturna, kurių skaičius žymiai sumažėjąs. Teippat žymiai pagerėjąs ir nemigas. Kai dėl fyzinių symptomų, tai „bruit de galop" visai išnykęs pusei atsitikimų ($^{3}/_{7}$), pagerėjęs teippat pusei atsitikimų ($^{2}/_{4}$) ir nepasikeitęs 2-m atsitik. Rytmo sutrikimai, o ypač ekstrasystolė žymiai sumažėjusi. Širdies volumen ir aortos dijametras nedaug tepasikeičią.

Šitam gydymui esančios šios indikacijos: inkstų nepakankamumas — padidėjusi uraemia, pollakiuria, akių dugno urėminės lezijos.

Dauguma subjektingų symptomų išnykstą arba pagerėją; lygia greta mažėjąs kraujoslėgis ir urėjos kiekis kraujuje (autoriaus atsitikimais 94,1%). Esant sklerozinės kilmės hypertenzijai pagerėjimo skaičius esąs mažesnis (81,8%). Pagerėjimo procentas esant hypertenzijai klimax'o metu siekiąs 75%. Esant vadinamajai „hypertension solitaire" (pas jaunus subjektus) tik 25% davę gerą efektą.

Širdies žymus nepakankamumas nėsąs griežta kontrindikacija.

Savo straipsnyje autorius aprašo keletą ryškių atsitikimų, kuriuos gerai paveikusi šitoji substancija. *Gyd. Š. Markovičius.*

---

*) Į tą skaičių įeina ir žurnalų komplektai.

9. D.-M. Gomez: **Action de certains extraits de la corticale du rein sur la rétention uréique.** (Inkstų kortikalinio sluogsnio tam tikrų ištraukų veikimas urėjos retencijai). („Pr. Méd.“ 1935 m. 12 nr.).

Inkstų nepakankamumo gydymas opoterapija, kurią pasiūlęs Brown - Séquard ir Arsonval, Prancūzijoj sukėlusi didelį susidomėjimą. Įvairios priežastys, kad šito gydymo būdas kartais būdavęs paradoksiškas, prieštaraująs, kad liga dar pasunkėdavusi, — vertę nuo šito gydymo būdo atsisakyti.

Šitie prieštaraują rezultatai, autoriaus nuomone, buvę pagrįsti štai kuo:

1. Negalimumas gauti tiksliai apibrėžto ir stabilaus produkto, nes ekstraktų veikiamosios substancijos esančios jautrios įvairių įtakų pakitimams, k. a.: t⁰, PH etc.

2. Sunkumas iš preparato pašalinti nuodingas substancijas, ypač kai inkstai būną jau sužaloti ir turį savyje toksinių substancijų, k. a.: néphrolisine, néphrotoxine.

3. Fyzijologinėmis ypatybėmis priešingos substancijos, k. a.: rénine, hypertenzivinės substancijos, urohypertensine etc. Tos priešingosios substancijos gaunamos, žiūrint iš kurios vietos jos paimamos: ar iš meduliarinės dalies (hypertenzivinės) arba iš kortikalinės (hypotenzivinės).

4. Paskyrimo būdas dažniausiai per os reikalaująs palyginti didelių dozių.

5. Ligos pasirinkimas: šitos substancijos gerai veikiančios, esant grynajai inkstų urėmijai, bet neveikiančios, esant ekstrarenalinei urėmijai.

6. Gerai veikiančios dozės esą gana sunku nustatyti.

Ankstyvesniuose darbuose autorius išaiškinęs, jog tam tikri iš inkstų kortikalinės srities ekstraktai turį ypatybių (kai jie suleidžiami po oda ir į raumenis) išlėto ir ilgam laikui sumažinti hypertonikų kraujoslėgį; normaliems žmonėms šitas efektas esąs nežymus arba visai nepasireiškiąs. Šitoji substancija žymiai sumažinanti kraujuje esančią urėją, ypač, kai pastarosios esą daugiau kaip norma.

Tolimesnieji bandymai parodė, jog šituose kortikalinio inkstų substancijų preparatuose esama dviejų įvairių substancijų: viena — hypotenzyvinė, antra — ureolytinė.

Šituo būdu gydydamas (42 ligonius), autorius gavęs šitokius rezultatus:

1. Praėjus 24—48 val. po gydymo pabaigos buvęs pastebėtas žymus urėjos kritimas 24 ligoniams iš 35; 8 lig. urėjos kiekis nepasikeitęs; 3-ms jis vos padidėjęs.

2. Praėjus 8—10 dien.: buvęs rastas urėjos sumažėjimas 26 ligoniams iš 33; 7 lig. urėjos kiekis likęs toks pats kaip ir prieš gydymą.

3. 4—6 savait. praėjus: buvęs rastas urėjos sumažėjimas 14 ligoniams iš 15; vieną kartą urėjos kiekis padidėjęs.

4. Tarp 5—6 mėnesio: 4 atsitikimais iš 8 urėjos kiekis likęs sumažėjęs; 4 atsitik. susilyginęs su pirmykščiu kiekiu.

Besistengdamas nustatyti optimalinę dozę, autorius radęs, jog reikiančios padaryti 5—7 injekcijos po 3 kb. cm. Kasdieninės stipresnės dozės esančios nenaudingos.

Šitie rezultatai buvę gauti gydant ligonius, kurių urėmija buvusi nelabai didelė: tarp 0,45—0,7 kraujo literyje. Ligoniams, kurių urėmija buvusi žymiai didesnė, pavartotos dozės nedavusios teigiamų rezultatų.

Pakartotinis gydymas 2—4 mėn. pertraukiant davęs geresnių rezultatų negu aukščiau minėtieji gydymai. Per os duodamos didelės dozės menkai teveikiančios ar ir visai neveikiančios.

Lygia greta su urėjos kritimu einąs ir kraujoslėgio mažėjimas.

Begydant ir krintant kraujoslėgiui, mažėjąs ir urėjos kiekis; atbulas efektas esąs netaisyklingas: esą kartais atsitikimų, kada urėja žymiai sumažėjanti, o kraujoslėgis liekąs be jokių pakitimų.

Subjektyvių symptomų pagerėjimas visada esąs.

Gyd. Š. Markovičius.

10. M. Renaud ir kt.: **La gripe et son traitement. Une statistique sans décès.** (Gripas ir jo gydymas. Statistika be mirtingumo). („Pr. Méd." 1935 m. 21 nr.).

Autoriai padarę pranešimą Société Médicale des Hôpitaux apie gripą, kuris šįmet teippat pasireiškęs labai sunkia forma. Bet priešingai 1926—27 m., kada mirtingumas siekęs 33% pas senius ir 15% pas subjektus su chron. vidur. organų ligomis, dabar nebuvę nė vieno mirties atsitikimo. Nors ir buvę pneumonijų, bet jų febrilinis perijodas trukęs vos 3 dienas ir ligoniai greitai pagydavę. Autorius šitai aiškina systemingai ir savo laiku pavartojimu preparato, vad. „sapoïde de platineacridine" (matyti, priklausančio prie dažų grupės. Ref.). Šitie vaistai veikią gripą ir ypač plaučių apsireiškimus, panašiai kaip ir flegmonas bei toksi-infekcines ligas.

Autoriai nelinkę žiūrėti į gripą, kaip į savarankišką sunkią ligą, arba jo pavojingumą sieti su epidemijos rūšim (genre). Autoriai atsistoja prieš metafizinę ligos koncepciją, kur anatomiškai kliniškoji observacija rodanti, kad ligos išsirūtuliavimas (évolution) visiškai reguliuojamas sekundarinių faktorių, nuo kurių pareinąs komplikacijų pasireiškimas bei išsiplėtimas. Jieji klausia, ar, vietoj klasiškos hypotezės apie esamą specifišką virus'ą, kurio buvimas bei prigimtis ligšiol jokiais tyrimais dar neįrodytas, gal reikėtų prileisti skysčių (humoral) pusiausvyros sutrikimas, kuris esąs artimas anafilaksiniam šokui ir, matyt, priklausąs nuo meteorologinių įtakų, kurių dėka išsirūtuliuoją katariniai bei pūlingi procesai.

Šita pažiūra turinti labai didelės svarbos, nes nuo vienos ar kitos koncepcijos pareisiąs skirtingas elgesys ligos bei gydymo atžvilgiu.

Gyd. Š. Markovičius.

BALNEOLOGIJA.

1. Dr. Kowarschik: **Nauja trumpųjų bangų terapijos metodė.** („Med. Klin." 1934, 50).

Senąją ilgųjų bangų dijatermiją pradeda išstumti nauja trumpųjų bangų metodė. Vartojamas kondensatorinio lauko veikimas duodąs daug patogumų: beveik homogeniška šiliminė penetracija gaunama be tiesioginio elektrodų kontakto. Bet galinti būti pavartota ir kita metodė — elektromagnetinio lauko šiliminis efektas. D'Arsonval'io ir Schliephake's bandymai panaudoti selenojido elektromagnetinį lauką nedavę teigiamų terminių efektų; bet dr. Kowarschik'ui Vienoje, patobulinus selenojido įrengimą ir pavartojus žymiai didesnę frekvenciją, negu kad d'Arsonval'io aparate, pasisekę gauti ryškus terminis efektas. Šitie nusisekę bandymai artimoje ateityje galį sudaryti vėl naują dijatermijos metodę su naujais dijatermijos aparatais, veikiančiais ne tik kondensatoriniu, bet ir elektromagnetiniu lauku. Stipriems terminiams efektams elektromagnetiniame lauke sukelti tinką nuo 20.000 iki 75.000 kilociklų virpesiai. Tokio dažnumo virpesių galima gauti iš ultratrumpųjų bangų dijatermijos aparatų, tik reikalingas pakankamas aparatų galingumas.

Jau iš anksto galima numatyti, kad nauja elektromagnetinio lauko dijatermijos metodė nepakeisianti kondensatorinio lauko metodės, o kiekviena jų turėsiančios savo indikacijų sritį. Pav., visos galūnės ar jos dalies šildymo (osteomyelitis, arthritis ir t. t.) selenojido elektromagnetiniame lauke niekada negalėsianti atstoti dabartinė ultratrumpųjų bangų kondensatorinė dijatermija. *Dr. B. Matulionis.*

2. Dr. E. Führer, inž. Schoeu ir inž. W. Becker: **Nauja ultravijoletinių spindulių lempa.** („W. Med. Woch" 1934, 51).

Be klasiškos Hanau lempos, vartojama visa eilė kitokios konstrukcijos lempų, iš kurių turi būti gaunama ultravijoletinė šviesa. Praktikoje šitos lempos yra arba visai neduodančios U-spindulių (spektras apie 3.200 angström'ų ir daugiau) arba labai maža. Pav., Osram firmos lempa Vitolux, palyginus su Hanau firmos mažu stalo modeliu, duodanti tik $^1/_{36}$ ultravijoletinių spindulių dalį. Nauju principu padaryta lempa — labai skystų gyvsidabrio garų elektronais bombardavimas — duodanti žymiai geresnį spektrą.

Minėtų autorių konstrujiruota ir aprašyta lempa tinkanti visokiai srovei ir galinti būti įsukta į paprastos elektros lempos patroną; srovės imanti labai maža; deganti nekaisdama ir todėl nesuskaldanti atsiradusio ozono, kaip kitos kaistančios lempos. Jos ultravijoletinių spindulių emisija sudaranti $^1/_6$ Hanau lempos. Lempa tinkanti ilgam švitinimui, o dėl gero oro ozonavimo tinkanti ir blogų hygijenos atžvilgiu gyvenamų būstinių švitinimui. *Dr. B. Matulionis.*

3. Dr. K. Rumpf: **Mineralinių šaltinių chlorkalcio veikimas purinų apykaitai.** („Der Balneologe". 1934. XII).

Hamburgo universiteto balneologijos institute padarytieji eksperimentiški tyrimai su žmonėmis patvirtinę kitų autorių eilės stebėjimus, kad mineralinių šaltinių chlorkalcis sumažinąs endogenišką šlapimo rūgšties atsiradimą; šitos šlapimo rūgšties atsiradimo sumažėjimas, kaip parodė eksp. tyrimai, nepareinąs nuo šl. rūgšties retencijos nei audiniuose nei kraujuje.

(Pastaba. Turint galvoje Birštono Vytauto šaltinio vandens sudėtį, reikia manyti, kad podagrinės ėtijologijos artritikų gydymas Birštone turi būti jungiamas su Birštono šaltinių vandens vartojimu į vidų. Ref.). *Dr. B. Matulionis*

VAIKŲ LIGOS.

5. P. v. Kiss (Budapestas): **Wie lange bedürfen Diphtheriekranke der Bettruhe?** (Kaip ilgai turi gulėti ligonis, sergąs difterija?) („Mntschr. Kinderheilk." 1934, 60 B., 6 H.).

Difterijos infekcijos metu, be vietinių pakitimų odoje ir gleivinėse, svarbus esąs difterijos toksinų veikimas organizmui (širdžiai, kepenims, inkstams, nervų systemai), kurie (toksinai) sukelią funkcinius ir anatominius pakitimus. Didžiausią afinitetą šitiems toksinams turinčios širdies raumens ląstelės.

Nelaikas esą dijagnozė statyti širdies pakitimams, kada širdis išsiplėtusi, pulsas vos apčiuopiamas, ligonis cyanoziškas ir išblyškusį jo veidą jau dengianti šalto prakaito perlų rasa, bet iš kitų organų funkcinių pakitimų reikią spręsti ir apie širdies būtį, kaip jautriausią organą difterijos toksinams.

Nuo pirmos susirgimo dienos gydytojas turįs daryti tyrimus: 1) temperatūrą matuoti 2 kartu per dieną; 2) pulsą žiūrėti (dažnumą, ritmą, kokybę, prisipildymą ir t t.) 2 kartu per dieną; 3) kasdien tikrinti širdį (ribas ir tonus'ą); 4) kontroliuoti kepenų dydį; 5) pasiteirauti apie apetitą; 6) stebėti odos spalvą ir galūnių temperatūrą; 7) kasdien tirti šlapimą (ypač jieškoti baltymo); 8) stebėti refleksus; 9) kasdien tikrinti balsą, eventualiai nosies balsą; 10) kasdien sekti systolinio ir dijastolinio kraujo spaudimo elektrokardijogramą.

Visi tyrimai reikią daryti, nes difterija sergančiojo gyvybė pareinanti nuo širdies būties.

Čia kylą klausymai: kaip ilgai pakitimai trunką, kaip ilgai ligonis turįs gulėti ir būti gydomas? Ligonis turįs gulėti, kol praeiną vietiniai, difterijos infekcijos sukelti pakitimai, kol išnykstą funkciniai anatominiai pakitimai dėl difterijos toksinų veikimo, kol visiškai išnykstą patologiniai symp-

tomai, k. a.: cirkuliacijos sutrikimas, albuminurija, kepenų padidėjimas, paralysis postdiphterica ir mažiausiai dvi normalios elektrokardijogramos. Nuo pirmojo symptomo pasirodymo difterijinis ligonis turįs gulėti 6 savaites, atitinkamai šitam laikui turįs būti gydomas, nes tai esąs minimalus laikas, kurio reikalaujanti širdis, kad grįžtų į normalią būtį.

Gyd. O. Juškevičiūtė.

6. K. W a l l i s: **Apie vaikų Bazedov'o ligą** (Über Morbus Basedow beim Kinde). („Mntschr. f. Kindhlk.", 61 t., 3 s.).

Paskutiniųjų metų amerikiečių literatūroje pasitaiką reliatyviai nemaža aprašomų Bazedov'o ligos atsitikimų, tuo tarpu europiečių literatūroje pasitaiko tik kaip pavieniai kazuistiški susirgimai. Ar tai pareina nuo vietos ar pažiūrų į ligos sąvoką skirtumo, autorius nesiima spręsti.

Jis aprašo 2 Bazedov'o ligos atsitikimu, kurių vienas lengvas pas 13 metų mergaitę praėjęs per keletą mėnesių, visai negydomas, antras sunkus pas 7 metų mergaitę, gydomas dijodtyrosin'u, žymiai pagerėjęs.

Dijodtyrosin'as chemišku atžvilgiu esąs pirmas laipsnis thyroxin'o link. Jis randamas skydinėje liaukoje fyziologinėse sąlygose ir, kaip gretimas thyroxin'o hormonas, detoksikuojąs thyroxin'ą, jeigu jo būna perdaug (sumažinąs medžiagos apykaitą ir apsaugojąs kepenis nuo pergreito glikogeno eikvojimo). Tat įrodęs A b e l i n laboratoriniais gyvuliais.

Autorius siūlo dijodtyrosin'u gydyti pagal S t e i n i t z - T h a n'o schemą: duoti suaugusiam 0,1—0,3 vaikams 0,05 pro die kasdien per 3—5 savaites, paskui 1 savaitės pauza, vėl 1—2 savaitės gydymo ir t. t. (Dijodtyrosin tabl. à 0,1; 0,3 firmos Hoffmanns, La Roche).

Teip buvusi gydyta aprašytoji 7 metų mergaitė. Jos svoris padidėjęs, pulsas sulėtėjęs, prakaitavimas išnykęs, miegas pasidaręs ramus, medžiagų apykaita sumažėjusi nuo 95% ligi 81% ir kraujo vaizdas paslinkęs normos link. (Bazedov'o ligoje būnanti leukopenia, relatyvinė lymfocitozė, mononukleozė ir eozinofilija). Autorius priduria, kad to gydymo metu mergaitė lengvai, be jokių komplikacijų, persirgusi skarlatiną, priešingai tam, kas būną šiaip pas negydomus bazedovikus.

Gyd. J. Mockevičius.

7. Prof. I h s a n H i l m i: **Meningitis serosa** (Seröse Meningitis). („Mntschr. f. Kindhlk." 61 t., 3 sąs., 1935. I. 9).

Autorius aprašo 15 meningitis serosa atsitikimų iš Istambule praėjusių metų pabaigoje buvusios epidemijos. 6 atsitikimai buvę kliniškai ištirti.

Liga prasidedanti staiga karščiavimu, galvos skausmais, vėmimu, nepilna sąmone, photophobia, opisthotonus'u, teigiamais Kernig'o ir Brudzinsky'o fenomenais. Liquor cerebrospinalis būnąs skaidrus, spaudimas padidėjęs, lymfocitų padaugėję; kartais (trimi atsitikimais), pastovėjus skystimui 12—14 val., pasidarę siūleliai ir dar rečiau (1 atsitikimu) Pandy buvęs teigiamas. Liquor'o ir kraujo pasėliuose jokių bakterijų neišaugę. Vienu atsitikimu buvę kairiosios akies voko ptosis, strabismus convergens, dešiniojo veido nervo parezė ir liežuvio nukrypimas į kairę. Dviem ligoniams liga recidyvavusi. Vaikai sergą apie 2 savaites. Visi ligoniai pasveikę.

Autorius pastebi, kad visi jo aprašytieji susirgimai buvę pavieniai įvairiose miesto dalyse ir kad epidemijos metu nebuvę nė vieno encefalito arba poliomyelito atsitikimo. *Gyd. J. Mockevičius.*

CHIRURGIJA

4. J. v. Rutkowski: **Du nauji požymiai chroniškam appendicitui nustatyti.** („Monde Médic." 859 nr.).

Plačiai nagrinėdamas savo straipsnyje visą chroniško apendicito dijagnostiką, autorius nurodo du naujus symptomus, turinčius didelės reikšmės.

I. Pirmiausia nustatomas dešin. ileocekalinės srities odos jautrumas, palyginant su kitų sričių odos jautrumu. Tat galima atlikti švelniai suduodant piršto galu arba vatos gabalėliu į pilvo sienelę. Prieš tai reikią su ligoniu susitarti, kad jis mokėtų tiksliai atsakyti (anėstezija, hyperėstezija, parėstezija, hypoėstezija, nutirpimas, visiškas jautrumo nebuvimas, jautrumas). Abejotinais atsitikimais autorius švelniai pabado adata.

Po to nustatomas gilus jautrumas, suimant odą skersa raukšle ir švelniai sugnybant symetriškuose taškuose aukščiau fossae iliacae. Ligonis pats nurodo, kuri puse esti jautresnė. Pačiam ligoniui siūloma šita manipuliacija pakartoti.

Tuo būdu tyrinėjant, chroniško apendicito atveju esą galima konstatuoti jautrumo disocijacija, pasireiškianti tuo, kad tuo pačiu metu esanti odos anėstezija ir gilaus jautrumo hyperėstezija.

II. Antras fenomenas esąs šitokis: esant chroniškam apendicitui, pastebima asymetriška atrophia panniculi adiposi abdominis.

Tyrinėjimas atliekamas, suimant šymetriškuose taškuose aukščiau fossae iliacae lygų odos kiekį skersa raukšle. Teigiamu atveju konstatuojamas deš. pusės pannic. adip. suliesėjimas, kas pastebima čiupinėjant arba įsižiūrint. Šitas fenomenas galįs būti visai ryškus, arba sukelti abejojimų. Apskritai, jisai randamas pas stiprius objektus ir visų pirma pas moteris, ypač kada liga trunka ilgai, nes trofiški sutrikimai, glūdį šito fenomeno pagrinde, negalį išsirūtuliuoti per trumpą laiką. Todėl šitas fenomenas esąs rečiau, negu kad jautrumo disocijacijos reiškinys.

Gyd. Š. Markovičius.

UROLOGIJA.

3. A. Gridnev (Boržomas): **Zur Behandlung d. Urethraruptur.** (Apie uretros ruptūrų gydymą) („Z. Ur. Chir." Bd. 38, H. 1/2).

Nagrinėdamas esamus kovai su uretros plyšimais būdus, kurie turi tikslą pašalinti uretros striktūrą ir perspėti infekavimąsi šlapimu, autorius mini šias priemones: 1) incisio perinei ir drenavimas; 2) uretros susiuvimas, kliudąs stenozei susidaryti; 3) iš pūslės šlapimo ištekėjimo atstatymas. Tačiau šitie visų priimtieji gydymo būdai autorių ne visada patenkindavęs, nes ne visada buvę gaunama gerų vaisių. Todėl autorius siūlo šią jų modifikaciją: daroma sectio alta ir retrogradiškai įstatomas kateteris į šlapimo pūslę; po to pūslė aklinai užsiuvama. Kateteris à demeure laikomas 14 dienų, bet jokiu būdu ne mažiau kaip 5—6 dienas. Tuo būdu gydant esą gaunama geresnių rezultatų, negu kad pritaikius kitus būdus.

Straipsnyje aprašyti keli atsitikimai. *Dr. T. Goldbergas.*

4. I. Jakšy (Bratislava): **Zur Frage d. Nierenausschaltung bei Nierentbc.** (Apie inksto išjungimą esant inksto tuberkuliozei) („Z. Ur. Chir". XXXVIII, H. 3/4).

Urologinėje chirurgijoje dažnai sutinkama techniško pobūdžio sunkumų pašalinant tuberkuliozinį inkstą. Jų priežastys glūdinčios suaugimuose aplink inkstą dėl proliferacinių procesų, apsunkinančių nephrektomiją. Antra vertus, esą pavojaus atidaryti peritoneum, pleura, ko kartais nepavyksta išvengti. To padarinys — organizmo infekavimosi pa-

vojus. Nekalbant apie tai, kad galima sužeisti v. cava (dėl suaugimų), nephrektom'uojant kartu pašalinant suaugimus, sunaikinama susidariusi aplink inkstą dėl proliferacinio proceso apsaugojamoji plėkšnelė, neleidžianti infekcijai plėstis toliau. Gana ilgą laiką liekanti didelė žaizda, pro kurią kaip pro atdarus vartus infekcija galinti patekti į organizmą. Po tokio sunkaus įsikišimo neretai išsirūtuliojanti tbc. miliaris. Visam tam išvengti autorius tokiais sunkiais atvejais siūlo tiktai perrišti ureterį, po ko atitinkamas inkstas atrofuojąs. Retkarčiais vietoje atrofijos pasidaranti hydronephrosis renis, reikalinga tolimesnės nefrektomijos. Šita komplikacija pasidaranti tiktai tuomet, kai niekas nekliudąs inkstui padidėti, t. y. kai nėsą suaugimų aplink inkstą.

Pasirėmęs savo medžiaga, autorius priėjęs šias konkrečias išvadas: 1) ten, kur inkste esama kortikalinių pakitimų, bet pats inkstas su aplinkiniais organais nesuaugęs, ureteri perrišus susidaranti hydronephrosis ir toliau inksto audinys atrofuojąs; tokiais atvejais esanti būtina nephrektomia, norint perspėti didelį pavojų organizmui; 2) tais atvejais, kur esama didelių perinefritinių procesų bei suaugimų ir nephrektomia negalinti būti padaryta be pavojaus organizmui, reikią operacijos eigą pakeisti ir ureteris tiktai perrišti; šituo lengvu ir skubiu aktu gaunama inksto atrofija ir ligonio išgelbėjimas.

Straipsnyje daug patologohistologiškų piešinių ir ligų istorijų.

Dr. T. Goldbergas.

5. Bernasconi: **Cas de guérison apparente de tbc rénale par le fait de l'exclusion du rein malade par oblitération urétérale, diagnostiquée par pyelographie intraveineuse.** („Pr. Méd." 1935 m. 21 nr.).

Prieš penkerius metus autorius observavęs ligonį, sergantį tbc renalis dextr., kurią lydėjęs žymus pūslės susirgimas.

Dabar šitas ligonis autoriui vėl teko pamatyti. Pasirodo, jo bendra būtis esanti puiki. Jo šlapimas esąs skaidrus, cytologiškai ir bakterijologiškai normalus. Cystoskopija rodanti visai sveiką pūslę. Ureterio orificium dext. redukuotas iki nepraeinamo plyšio. Intraveninė pyelografija su perabrodiliu rodanti, kad kairysis inkstas ir ureteris pripildyti nepermatomos substancijos. Dešinėje gi pusėje visai nematoma kontrastinio skysčio. *Gyd. Š. Markovičius.*

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

4. O. Weinstock (Viena): **Belladona-Excludzäpfchen in d. Geburtshilfe.** (Belladonos - exclud'supozitorijos akušerijoje) („Zbl. G." 1934 m. 30 nr.).

Bell.-exclud'supozitorijų veikimas begimdant pasireiškiąs dviem kryptim: 1) spazmolytiškai ir 2) pastangas sužadinant bei sustiprinant. Pasak autoriaus, pilnas jų veikimas galįs pasireikšti tik tuomet, kai uterus jau esąs pasiruošęs susitraukti, praktiškai, kai kaklelio žiotys esančios atsidariusios iki 3 ctm. dijametro. Anksčiau šito momento bell. - exclud'supozitorijų duoti esą visiškai netikslu. Veikimo optimum pasireiškiąs žiotims atsiskleidus iki 2—3 pirštų. Pastangos tokiais atvejais darančiosi vis smarkesnės, ilgesnės ir įgaunančios fyzijologišką pobūdį. Sopulių raminamasis efektas pasireiškiąs tuo, kad pastangoms veikiant ne tiktai ne stiprėjąs jaučiamumas, bet skausmai kryžiuje ir nugaroje nurimstą. Pačios gimdyvės, net neklausiamos, tat pareiškiančios. Pats gimdymo procesas greitėjąs, net ir rigidiškų žiočių atsidarymas. Vidutiniškas gimdymo ilgumas, skaitant nuo žiočių atsiskleidimo iki 3 cm., pasak Bowmann'o, lygus 10 val.; davus gi bell.-exclud'supozitorijų, pasak autoriaus, šitas terminas sumažėjąs ligi 6 val. Tat ypačiai esą svarbu dėl to, kad termino pagreitėjimas einąs žiočių atsiskleidimo perijodo sąskai-

ton, kurį (periįodą) paprastai lydį labiausiai kankinami skausmai. Priešingai išvarymo periįodui, kada esama įvairių skausmų raminamųjų priemonių, k. a.: narcose à la reine, anaesthesia nervi pudendi; antroje žiočių atsiskleidimo pusėje pastanginiai skausmai vargu pavyksiant sumažinti jų nesusilpninus. Štai, dėl to, bell.-exclud'supozitorijos ir užkišančios šitą prorėžą. Kol esą negalima susilpninti gimdymo skausmų paprastomis priemonėmis, reikią nors sumažinti jie sutrumpinant gimdymo aktą. Tat pavykstą pavartojus bell.-exclud'supozitorijas. *Dr. T. Goldbergas.*

5. D. Biolato (Torino): **Ueber die Anwendung eines neuen Peristaltikums in d. Chirurgie.** (Apie naują peristalticum'ą chirurgijoje) („Bollet. e. Mem. d. Soc. Piem. di chir." 1933 m. 15 nr.).

84 atsitikimais po operacijų pilvo srityje, teippat neoperuotaisiais ileus'o atvejais, kai pasidariusioji žarnų atonija negalinti būti pašalinta kitomis priemonėmis bei vaistais, prostigmino net vienos injekcijos pavartojimas jau po 1/2—1 val. sužadindavęs peristaltiką, pasireiškiančią dujų išėjimu ir skausmais. Dauguma atvejų tat lydėjęs skystų išmatų išėjimas, ir po to ligoniams žymiai palengvėdavę. Kartais po kelių peristaltikos bangų vėl pasidarydavęs ileus, kuris pranykdavęs galutinai po kartotinių injekcijų. Niekada nebuvę gauta jokių pašalinių nemalonių reiškinių, pakartojus prostigmino davinius, net įdavus per dieną 7 kb. cm. šito preparato.

Stebint širdies ir kraujo indų systemą buvęs konstatuotas pulso nekintamumas ir minimalus krajoslėgio padidėjimas. Trimi sunkiais atvejais autorius gavęs įspūdžio, kad prostigminas veikiąs išganingai. Vienu atveju buvęs paralytinis ileus post appendektomiam, padarytą liumbalinėje anėstezijoje, ir nepasidavęs jokioms kitoms priemonėms, net kartotinėms hypophysin'o injekcijoms. Trečią dieną buvę išvirkšta prostigmino — be vaisių; ligonis dar labiau pablogėjęs. Vėl buvę įšvirkšta 2 kartu po 2 kb. cm. prostigmino. Tą dieną vakare atsiradusi peristaltika ir išėjusios dujos bei faeces. Panašūs buvę ir kiti 2 atsitikimai.

Autorius siūlo vartoti prostigminą ir profilaktikai po laparotomijos, nes jisai veikiąs ir po opium'o preparatų. *Dr. T. Goldbergas.*

ODOS IR VENER. LIGOS.

1. H. Gougerot: **Tabés neuf ans après deux injections de 606.** (Tabes devintaisiais metais po 2 injekcijų 606). („Ann. mal. Vénér" 1935, 2 nr., 115 p.).

Ligonis 1909 m. Berlyne gavęs šankerį. Prieš 15-tą dieną po apsikrėtimo gavęs 2 injekcijas 606 po 0,6. 1912 mt. padaręs 4 Hg. frikcijas. 1918 mt. pasirodę tabes symptomai: silpnumas kojose, fulguruoją skausmai. Tolimesnis, nereguliarus gydymas Hg., 914, bromu ir jodu nesulaikę tabes'o vystymosi ir 1934 m. X. 12 d. ligonis jau nebeturėjęs kelio ir Achill'o refleksų, turėjęs pozityvų Argyll Robertson'ą, myosis, diplopiją.

Išvados: 1. Dvi stiprios 606 dozės ankstybo syfilio nepagydė ir po 9 metų pasireiškė tabes.

2. Jeigu būtų nustota ligonis stebėti po 8 metų, gydymas galima būtų palaikyti pasisekusiu; po tokių gydymų reikalingas ilgesnis ligonio stebėjimas.

3. Syfilis, kad ir ankstybas, reikalinga gydyti ilgai ir reguliariškai.

Dr. Sidaravičius.

2. Mario Artom: **Contribution à l' étude des accidents sanguins de l' arsénobenzol.** (Arsenobenzolinių kraujo sąstato pakitimų klausymu). (Ref. iš „Ann. Derm. Syphil." 1935. 2 nr. 167 p.).

Kraujo pakitėjimus arsenobenzolio gydymo metu autorius skirsto šiteip:

1. Hėmoragijos, izoliuotos, matomos: epistaxis, gingivoragija arba iš kurių vidaus organų; tat esąs svarbus perspėjimas, reikalaująs nutraukti gydymą arsenobenzoliu; kartais įvykstąs profūziškas kraujavimas iki kolapso.

2. Purpura galima esą stebėti dažniau ir įvairios formos, k. a.:

a) purpura simplex, paprastai gėrybinė, dažnai toliau gydant nepablogėja, bet reikalingas atsargumas;

b) purpura su hėmoragijomis ir prodromais: pykuliu, vėmimu, niežėjimu; pasireiškia plačiomis ekchymozėmis, anėmija, leukopenija;

c) staigi purpura su epistaxis ir gingivoragija; mažiausias prisilietimas sukelia hėmatomas, pasikelia t^0, asthenia, foetor ex ore.

3. Anemija gali pasireikšti šių formų: a) kliniški mažakraujingumo reiškiniai, kartais t^0, adenopatija, achylia gastrica, kraujo pakitimai: raudonųjų kraujo kūnelių skaičius sumažėja (iki 800.000), anizo-, poikilo-, megalocytozė, polychromatofilija ir leukopenija; b) kliniškai mažai tesiskiria nuo pirmosios, staiga sumažėja kraujo raudonųjų kūnelių skaičius be jokių erytrocitų normalios formos pakitimų, kas parodo visišką hėmatopoetinės systemos nuvargimą; greta būna leukopenija, trombopenija, kraujo krešėjimo sulėtėjimas.

4. Agranulocytozė ar granulocytopenija arba grynos formos arba lydima anėmijos ir hėmoragijų.

Kartais atsitinka ir kitokių kraujo pakitimų nuo arsenobenzolio, k. a.: hemofilija, leukemija, pernicijozinė anėmija.

Autoriaus manymu kraujo pakenkimų priežastis yra ne syfilis, bet arsenojidas, o gal būt ir benzolis. Reikalingas individualinis palinkimas: lytis ir dozės dydis neturi reikšmės.

Norint išvengti minėtų pakenkimų, autorius pataria tikrinti vispusiškai asmens sveikatą prieš pradedant gydyti arsenobenzoliu, kreipti rimtą dėmesį į pirmuosius alsavimo požymius (purpura, epistaxis etc.). Reiškiniams išsirūtuliavus: autohemo-opo terapija, kepenų preparatai, rentgenizuoti silpnomis dozėmis ilgieji kaulai.

Kadangi arsenobenzolis vis plačiau vartojamas įvairioms ligoms gydyti, autorius pataria gerai įsidėmėti visas pakenkimų formas ir pažinti preventyvines ir gydymo priemones. *Dr. Sidaravičius.*

OTORINOLARYNGOLOGIJA.

3. Dr. Beldinkenas: **Staigi plaučių ėdema kaip vietinės ir bendros anėstezijos otorinolaryngologijoje padarinys.** („Rev. de Laryng." 1931 mt. 12 nr.).

Autorius aprašo 7 staigios plaučių ėdemos atsitikimus bendros ir vietinės anėstezijos metu arba po jos. 3 ligoniai mirę. Plaučių ėdema pasireiškusi sujaudinta būtim, dusuliu, rausvais skrepliais, veido cyanoze ir putotomis seilėmis. Tos komplikacijos įvykusios padarius nosies pertvaros, nosies priedinių daubų, tonzilų ir strumos operacijas. Anėstezija buvusi vartojama vietinė $^1/_2$—$1^0/_0$ novocain'o - adrenalin'o 10—20 kb. cm., chloroformo ir ėterio narkozė. Autorius neranda literatūroje toms komplikacijoms išaiškinimų. Vietinėje anėstezijoje galima paaiškinti adrenalino veikimu, kuris greit užmušąs gyvulius, sukeldamas plaučių ėdemą. Paprastai didelės adrenalino dozės, įšvirkštos prieš operaciją, jokių komplikacijų neduodančios. Autorius plaučių ėdemos reiškinį aiškina nerviniu šoku, sukeltu ruošimusi operuoti ir pačia anėstezija. Pirmas faktorius, ypač susijaudinimas arba baimė, veikią antinkstines liaukas, sužadindami padidėjusį adrenalino išsiskyrimą. Vietinėje anėstezijoje įvedant į organizmą adrenaliną, ta hyperadrenalinėmija didėjanti ir tuo pačiu metu sukrikdanti organizmo reguliuojančias ir apsaugos priemones, normaliai pareinančias nuo nervus vagus simpathicus įtakos. Adrenalino įšvirkštimas čia vaidinąs antraeilį vaidmenį, svarbiausia tat antinkstinė adrenalinėmija. Vartojant bendrą narkozę, adrenalino nėsą, ir čia autorius staigią plaučių ėdemą aiškina adrenalinė-

mija sukrikus antinkstinių liaukų veikimui, sukelta narkozės. Straipsnio gale autorius klausia: kodėl plaučių ėdema jo pastebėta tik paskutiniais 5 metais ir kodėl kiti autoriai tos komplikacijos nemini? Jis tat aiškina plaučių ėdemos vardo nežinojimu. Plaučių ėdema galinti būti vėlyba ir bronchopleginė. Vėlyba ėdemos forma įvykstanti po operacijos, dažnai naktį ir galinti kuratoriaus nepamatyta likti. Bronchopleginė plaučių ėdemos forma galinti staiga įvykti. Šita forma galinti būti nepažinta, ir gal būt, kad daugelis neišaiškintos mirties atsitikimų narkozės metu buvę bronchoplegines ėdemos priežastimi. Nors plaučių ėdema esanti reta komplikacija, ji visada reikią turėti galvoje visokios rūšies narkozėje.

Gyd. Purtokaitė.

NERVŲ IR PSYCHINĖS LIGOS.

3 Prof. B. K. Chorošk o: **Šizofrenijos gydymas lizatais** (cerebrolizatu). („Sov. Neuropatol., Psichiatr., Psichogigiena". 1935 m. IV—I t.).

Cerebrolizatas esąs gaunamas veikiant pagal prof. Tušnov'ą smegenis; tat būsiąs jų irimo bei skilimo produktas. Jis turįs daug lipojidų. Gydydamas cerebrolizatu ligonius, autorius mano paveiksiąs (dar neišaiškintu būdu) susirgusias smegenis. Be cerebrolizato, autorius vartojąs ir kitų organų lizatus, kaip antai: testis, ovarium, gl. thyreoidea, gl. suprarenalis, hypophysis cerebri (lob. anterioris), hepar. Autorius pastebėjo, kad, taikant tik vieną betkurį lizatą, efektas būdavęs nedidelis, todėl dažniausiai būdavę gydoma polilizatais. Manoma, kad šitas gydymo būdas galima esą prikišti jaudinamajai terapijai. Bendri gydymo duomenys nėsą dar aiškūs: buvę gydyti 45 žmonės, gautas pagerėjimas 40%, 60% be pakitimų.

Tačiau pats autorius pastebi, kad žymų pagerėjimą, taikant lizatus, gavęs tik vieną kartą (iš 45 lig.), gi vartojant cerebrotoksiną 13 kartų iš 79 gydomų.

Kombinacija cerebrolizato su testalizatu padidinanti pagerėjimą. Autorius pastėbėjęs, kad vyriškų lyties liaukų lizatai (testolizatas, lipotestikulinas) pasižymį vidiniu sekretišku veikimu ir moterims, gi moterų liaukų (ovarium) preparatai veikia silpniau. *Dr. E. Draugelis.*

4. Prof. M. A. Čalisov'o ir kitų tyrimai: **Medžiagų apykaita šizofrenikų smegenyse.** („Sov. Neuropatol., Psich. ir Psichogigiena". 1935 m. IV t.).

Jau 1927 m. Bostone Majerson'as ir Challoran'as, studijuodami žmogaus smegenų chemišką dinamiką, pritaikę šitokią tyrimo metodę: jie ėmę kraują iš a. carotis communis arba interna ir iš v. jugulario interna. Straipsnio autorius sakosi, kad kraujo paėmimo metodę pakeitęs ir patobulinęs ta prasme, kad, vietoje imti kraują iš a. carotis, ėmęs iš a. brachialis ir duomenų skirtumai gavęsi labai nežymūs, gi technika daug palengvėjusi.

Štai kurių duomenų gavęs autorius ir jo bendradarbiai, betyrinėdami šizofrenikų kraują:

1. Ca su venos krauju tiek pasišalinąs, kiek su arterijos krauju priteka.
2. Ka venos kraujuje rasta daugiau negu arterijos.
3. Fe su venos krauju pasišalinąs daugiau, negu su arterijos priteka.
4. Ph teippat daugiau venos kraujuje.
5. Oksidacijos procesai šizofrenikų smegenyse vykstą lėtai; tat spėjama iš mažo šarmingumo bei katalazos sumažėjimo v. jugularis int.
6. N likutis užsilaikęs smegenyse, bet tolimesnis jo likimas neaiškus.
7. Angliavandenių medžiagų apykaita padidėjusi.
8. Sparčiai smegenyse įrąs glikogenas ir jo sąskaiton didėjąs venos kraujuje cukraus kiekis.

Patys autoriai įspėja nedaryti iš šitų tyrimų toli einančių išvadų, bet laikyti juos medžiaga tolimesniems darbams. *Dr. E. Draugelis.*

BAKTERIJOLOGIJA.

1. Prof. Dr. E. P. Snijders ir Dr. W. R. O. Goslings: **Tyrimai apie Scleroma respiratorium** (Skleroma). (Untersuchungen über das Scleroma respiratorium) (Sclerom). („Znblatt f. Bakter." Bd. 132, H. 5—6).

Aprašoma, kaip iš atskirų pastebėtų skleromos atsitikimų systemingai tiriant, surasta centrinėje Sumatroje, batakerų tarpe, ištisas susirgimų židinys. Visais rastais ir ištirtais atsitikimais pas ligonius išskirta iš audinių charakteringa skleromos bakterija. Autorių manymu, skleroma esanti specifiška, chroniška žmonių liga, susijusi su senomis žmonių giminėmis. Šitą prileidimą patvirtina ir tat, kad žemutinėje Indijoje randama teippat skleromos susirgimų. Manoma, kad iš tų vietų skleroma prasiplėtusi į Pietų Aziją, Rytų ir kt. Europos vietas.

Gyd. V. Girdzijauskas.

2. Irmgard - Meissner ir Carl Prausnitz: **Calmette-Guérin'o bacilos virulentingumui pakelti tyrimai.** (Untersuchungen über die Virulenzsteigerung des Calmette - Guérinschen Bacillus). („Znblatt. f. Bakter." Bd. 132, H. 1/2).

BCG vakcinos prieš tuberkuliozę išradėjai Calmette ir Guérin tvirtina, kad BCG kultūra esanti apatogeniška. Yra tyrinėtojų, kurie mano, kad esą galima iš BCG, auginant ją kitose maitinamosiose medžiagose, negu kad Calmette - Guérin siūlo ant tulžies - glicerino - bulvės ir glicerino - bulvės, išskirti virulentiškų tbc. bacilos modifikacijų. Išaiškinti visi abejojimai praktiškai esą labai svarbu. BCG kultūra buvusi 5 metus tiriama. Pirmiausia auginta įvairiose maitinamosiose medžiagose pagal Petroff, Hohn, ir Dreyer - Vollum, paskui skiepyta gyvuliams. Auginant šitose maitinamosiose medžiagose, esą gauta čia groblėtų, čia lygių kolonijų, kuriose pasitaikydavę net rūgščiai neatsparių bacilų, didumu ir forma atitinkančių rūgščiai atsparioms lazdelėms. Klausymui išspręsti, ar šiteip augintos ir modifikuotos bacilos bus įgijusios didesnį virulentiškumą, jos buvusios skiepijamos jūrų kiaulytėms. Nors ir būdavę skiepijamos didelės dozės, bet generalizuota tuberkuliozė jūrų kiaulytėms neatsirasdavusi, bet pasitaikydavę, kad gyvuliai žūdavę anksčiau kaip po 4—5 savaičių nuo pašalinės infekcijos. Tų gyvulių perskiepytos bacilos kitai jūrų kiaulyčių serijai irgi neduodavusios generalizuotos tuberkuliozės. Skiepijant iš gyvulio į gyvulį, toliau pasisekdavę sukelti tik labai nežymių procesų arba ir visai nepasisekdavę perskiepyti tuberkuliozės ir pasažai nutrūkdavę.

Šitie tyrimai rodą, kad auginama kitose maitinamosiose medžiagose BCG kultūra duodanti įvairių BCG bacilų kolonijų modifikacijų, bet virulentiškumo padidėjimo gauti nepasiseką ir todėl esą manyti, kad BCG kultūra galinti spontaniškai pasidaryti virulentiška, nėsą jokio pagrindo ir teippat nėsą jokio pavojaus žmonėms naudotis per os ar sub cutem BCG skiepais nurodytu Calmette'o būdu. *Gyd. V. Girdzijauskas.*

HYGIJENA.

2. B. Weill-Hallé: **Quelques remarques sur la pratiques de la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.** (Keletas pastabų dėl B. C. G. vakcinacijos vartojimo nuo tbc.) („Monde Médical". 859 nr.).

Pakartojęs savo 1924 m. išdėstytąsias pažiūras apie B. C. G. vakcinaciją, autorius patiekia savo tolimesnius patyrimus ligi šio laiko.

B. C. G. metodė įvairiose šalyse vis plečiantisi. Vien tik Prancūzijoje per 1934 m. buvę sunaudota 200.000 dozių. Kaikurios valstybės ro-

dančios savąjį atkaklumą: Anglija — dėl savojo konservatizmo, Italija — dėl teorinių sumetimų ar dėl skonio, Vokietija — dėl Liubeko tragedijos, nors ten ne B C. G. buvęs kaltininkas. Tačiau Rumunija, Ispanija, Olandija, Skandinavija, Brazilija, SSSR, Uragvajus, Jugoslavija, Kanada, Amerikos Jungtinės Valstybės ir t.t., atsargiai bandydamos, gavusios gerų rezultatų. Šitos metodės nežalingumas, paskelbtas visose laboratorijose bei klinikose, leisiąs ir toliau varyti bandymus ir atlikti didelius eksperimentus.

Savo straipsnyje autorius stengiasi nurodyti vakcinacijos bei revakcinacijos metodę, aplikacijos dozę ir vietą, vakcinacijos aprėžimą bei išplėtimą visiems vaikams ir t.t. Calmette'o koncepcija apie Koch'o bacilų įsiskverbimą paskatinusi jį B. C. G. įduoti pro virškinamąjį traktą. Antra vertus, šitas skyrimo būdas masinąs savo paprastumu, aplikacijos lengvumu, ir galį šitai atlikti, be gydytojo, akušerės, vizituojančios sesutės arba šeimos nariai.

Kaikurie autoriai, prikaišiodami šitai metodei, tvirtiną, jog B. C. G., teip vartojamas, neabsorbuojamas ir todėl visai nesukeliąs organizme bijologinės reakcijos, ypač tuberk. alergijos. Todėl kaikuriose šalyse enteralinis B. C. G. skyrimo būdas (ingestion) esąs pakeistas parenteraline vakcinacija.

Ištikrųjų gi niekas negalįs užginčyti veikimą B. C. G., skirtą per os. Kaikurių autopsijų duomenys šitai įrodę. Antra vertus, padarytieji pastaraisiais dvejais metais tyrimai parodę, kad B. C G., skirtas per os, prasiskverbiąs į cirkuliaciją. Tiesa, nevisada kraujuje galima esą rasti B. C. G., bet tat, be abejo, galima esą paaiškinti mežesniu bei didesniu jų prasisverbimo greitumu arba mažesniu bei didesniu bacilėmijos atsparumu.

Tyrimai įrodę, jog vaikai, kurių kraujuje buvę rasti B. C. G., likę nejautrūs kutaninei bei intraderminei tuberkulino reakcijai. Tuo būdu ingestuotas B. C. G, nepaisant bacilų penetracijos, nebūtinai tūrįs būti lydimas alergijos. Puikūs klinikų rezultatai ir rimtos observacijos rodančios organizmo rezistenciją tbc. injekcijai tų subjektų, kuriems buvusi vakcinuota B. C. G. per os. Šitas būdas labiausiai esąs taikytinas naujagimiams, kurių žarnos turinčios didesnį permeobilitetą negu suaugusių vaikų.

Taikant B. C. G. reikią visada perijodiškai tirti, ar esanti alerginė būtis, ir iš to daryti išvada apie revakcinacijos indikacijas.

Vartojant B. C. G. kūdikiams, išgyvenusiems pirmąsias gyvenimo dienas, vaikams ir net jaunuoliams, reikią žiūrėti, kad jie būtų laisvi nuo betkurio ligūstumo, o po vakcinacijos vengti, lygiai ir visiems naujagimiams, betkurio infekcijos kontakto 6—8 savaites. Šitai vėlybai vakcinacijai (vacc. tardives) autorius rekomenduoja subkutaninę injekciją, kurią turįs atlikti tik gydytojas.

Jei kūdikis nėsąs naujagimis ir esąs atskirtas nuo visų galimų kontagijų, tada reikią rūpintis, kad jis būtų iki tol nepaliegęs (non contaminationé). Juo labiau tat esą svarbu, jei B. C. G. esąs taikomas būsimiems studentams bei ligoninės tarnautojams. Tatai tūrį būti nustatyta tuberkulino reakcija.

Vakcinacija per injectionem į paodį daroma menčių srityje: viena ampulė B. C. G. vakcinos. Ilgesnį laiką autorius vartojęs net dvigubą dozę, švirkšdamas į kiekvieną pusę po 1 ampulę.

B. C. G. vakcinacija neduodanti jokių nemalonių padarinių Dėl kontrolės reikią turėti galvoje tat, kad pirmoji vakcinacija, o ypač per os, teduodanti tik aprėžtus padarinius; todėl ji reikianti kontroliuoti ir atnaujinti. Antra vertus, vakcinos impregnacijai reikią duoti rūtuliuotis tokiose sąlygose, kur nėsą kontaminacijos pavojaus. Toji apsauga reikianti prižiūrėti ilgesnį laiką.

Impregnacijos pastovumo kontrolei tinkąs tik tuberkulino alergijos tyrinėjimas; maža bendro teturėdamas su imunizacija, jis vis dėlto esąs geras požymis. Ištikrųjų ingestuota vakcina, nors tikrai pereinanti į cirkuliaciją, daugumai atsitikimų nesukelianti alergijos.

Jeigu, praėjus 8—10 mėnesių, vakcinuotajam subjektui neatsirandanti šitoji pozityvinė reakcija, tada reikią revakcinuoti, ir pirmenybė tada reikianti duoti subkutaninei injekcijai.

Autorius skaitytojams primena, kad B. C. G. vakcinacija nepretenduojanti sukelti absoliutų, visišką ir galutinį imunitetą. Pagaliau, jokia vakcinacija nepasiekianti tokio tikslo.

Išvada: B. C. G. vakcinacija reikianti plačiai plėsti; jos nauda esanti įrodyta daugelio praktikų; visi gali ją vartoti, nebijodami jokio žalingumo.

Staipsnyje labai smulkmeniškai aprašyta vakcinacijos technika, kontrolė, dozavimas ir t.t. *Gyd. Š. Markovičius.*

PATOLOGIJA.

5. Roffo, A.-H.: **Cancer et soleil. Carcinomes et sarcomes provoqués par l'action du soleil in toto.** („Bull. du Cancer", XXIII, 590, 1934 m.).

Autoriui pavyko sukelti baltosioms žiurkėms ir pelėms piktybiniai navikai, švitinant jas saulės spinduliais. Eksperimentui panaudota 600 baltųjų žiurkių. Jos buvo laikomos kasdien po 5 val. saulės spinduliuose. Gana greit, eksperimento pradžioj, 365 žiurkės žuvusios dėl insoliacijos. Iš likusių 235 žiurkių — 165-ioms (arba 70%) išsirūtuliavę piktybiniai navikai ausyse, vokuose, akių konjunktivoj, nosies bei kaktos odoje, priek. kojų pirštuose ir t. t., t. y. plaukais neapaugusiose vietose, arba ten, kur eksperimento pradžioje plaukai buvo išpešti (kaktoj). Ištyrus navikus histologiškai pasirodė, kad tat yra ragėjančios karcinomos arba fuzoceliuliarinės sarkomos; keliais atvejais nustatyta carcinosarcoma. Išsirūtuliuodavo po vieną arba po keletą navikų, tai pačiai žiurkei tik karcinomos arba ir karcinoma ir sarkoma, pav.: vienoj ausyj karcinoma, antroj sarcoma, ir t. t. Piktybinis augimas pasireikšdavęs po 7—10 mėn. nuo eksperimento pradžios.

Norėdamas patirti, kuri spindulių rūšis veikia karcinogeniškai, autorius darė bandymus su filtruotais saulės spinduliais, ultravijoletiniais, šviesos spinduliais, neon'o dujų šviesos spinduliais ir Hertz'o spinduliais, iš to jis galėjo nustatyti, kad ne šviesos, bet chemiškieji spinduliai duodą teigiamą karcinogeninį efektą. Ypatingai įdomu, kad ir žmonėms karcinoma dažniausiai išsirūtuliuoja tose kūno dalyse, kurių fotosensibilinė oda eksponuota saulės spindulių veikimui. Dėl to patariama nesinaudoti saulės voniomis be saiko, ypatingai tiems asmenims, kurie turi fotosensibilinę odą. *Gyd. A. Starkus.*

6. Wanke, R.: **Ostitis deformans Paget als präsarkomatöse Leiden.** („Mschr. f. Krebsbekämpf". 1933 m., H. 9, 366 p.).

Autorius aprašo multicentrinį įvairaus didumo sarkomos auglių išsirūtuliavimą tose vietose, kur buvo ostitis deformans proceso charaktering pakitimai.

68 m. amž. vyras 8 metus skundęsis reumatiniais skausmais deš. šlaunies kaulo ir kelio sanario srityje. Po smūgio, gauto į kelio sąnario sritį (arklys įspyręs), pasidaręs patinimas, kuris, rentgenologiškai, atrodęs panašus į ostitis deformans Drauge galima buvę matyti kondilių srityje pakitimų, iš kurių galima buvę manyti, kad augąs piktybinis navikas. Koja buvusi amputuota. Amputavus pasirodę, kad visas šlaunies kaulas nusėtas navikiškais mazgais, kurių daugumos struktura buvusi panaši į osteosarkomą, o kondilių srityje — į osteochondrosarkomą.

Autorius mano, kad čia turima reikalo ne su metastazėmis, bet su multicentriškai išsivysčiusia sarkoma, kurią sukėlęs ostitis deformans. Dėl to, pritardamas kitų autorių tuo klausymu pareikštai nuomonei (v. Kutscha, Christeller-Fedder, Speiser-v. Albertini, Wissing-Pick, Schmorl ir Volkmann), autorius mano, kad ostitis deformans reikią priskirti prėsarkominių susirgimų grupei. *Gyd. A. Starkus.*

7. Konjetzny, G. E.: **Chronische Gastritis und Magenkrebs.** („Mschr. f. Krebsbekämpf". 1934 m., H. 3, 65 p.).

Autorius tvirtina, kad skrandžio karcinoma išsirūtuliuojanti dėl chroniško hyperplastiško gastrito. Mikroskopiškai tirdamas „šiltus", fiksuotus, dėl karcinomos rezekuotus skrandžius, jis visada rasdavęs juose ir charakteringų chroniškojo gastrito pakitimų. Nuomonę, kad esą chron. skrandžio gleivinės pakitimai atsirandą dėl karcinomos, autorius paneigia, pasiremdamas mikroskopiškų tyrimų duomenimis tokių skrandžių, kurie buvo rezekuoti dėl chroniško hyperplastiško gastrito, bet mikroskopiškai tiriant jau galima buvę rasti prasidedant karcinomą. Atremia teippat nuomonę, kad karcinoma išsirūtuliuojanti dažniausiai tokiems žmonėms, kurie nesiskųsdavę skrandžio funkcijos sutrikimais. Sako, kad tik paviršutiniškas ligonio tyrimas duodąs šitokius rezultatus; iš pagrindų ligonį patyrinėjus, beveik visada galima esą konstatuoti, kad tokių nusiskundimų būta Be to, labai dažnai chroniškasis skrandžio gleivinės uždegimas rūtuliuojąsis ligoniui nepastebint. Ir skrandžio gleivinės polipai, iš kurių galinti išsirūtuliuoti karcinoma, esą dažniausiai ne sklaidos sutrikimo išdava, bet skrandžio gleivinės hyperplazija, išsirūtuliavusi dėl chron. uždegimo. Skrandžio polipai, atsiradę dėl sklaidos sutrikimų, autoriaus manymu, esą didelė retenybė. Kadangi didelė dauguma ligonių, besikreipiančių operacijai dėl skrandžio karcinomos, atkeliaują per vėlai, tai autorius labai karštai paremia Hurst'o reikalavimą, kad kiekvieno sveiko žmogaus sveikata tirtina kas 5 metai, panaudojant visas moderniškąsias tyrimo metodes. *Gyd. A. Starkus.*

VISUOMENINĖ MEDICINA.

12. Dr. Georg Wolff: **Die biologische Zukunft der deutschen Juden.** (Bijoliogine Vokietijos žydų ateitis). („Revue Ose". 1934, 7—8 nr. Paris).

Autorius, pasirėmęs 1925 ir 1933 metų Vokietijos gyventojų surašymais, o teippat H. Silbergleit'o, E. Roesle's, F. A. Theilhaber'o statistikos darbais, pesimistiškai žiūri į 500 tūkstančių Vokietijos žydų ateitį — jie bijoliogiškai patys turį tendencijos nykti. Natūralaus prieauglio ne tik kad nebūną, bet esą daugiau mirimų negu gimimų. 1911—1924 mt. mirę daugiau negu gimę 18.252, 1925—1928 mt. — 5.090.

Prisilaikant garsaus Švedų statistiko Sundbärg'o teorijos, Vokietijos žydai turį regresyvinės tautos žymių, nes vaikų, iki 15 mt. amžiaus, procentas esąs žymiai mažesnis negu diedukų, t. y. asmenų, turinčių daugiau, kaip 50 metų. Sundbärg pastebėjęs, kad normaliose (nepakėlusiose neseniai karo, bado, epidemijų) tautose apie pusę visų gyventojų skaičiaus sudarą gyventojai nuo 15 iki 50 metų. Antra pusė turinti pasiskirstyti tarp vaikų (0—15 mt.) ir senelių, turinčių daugiau kaip 50 metų. Ko daugiau vaikų, to mažiau senių ir atbulai. Jaunos arba progresyvinio pobūdžio tautos turinčios daug vaikų ir maža senių arba trumpą vidutinį gyventojų amžių, o senstančios, regresyvinės tautos — senių daugiau, kaip vaikų, ir ilgą vidutinį amžių.

1925 mt. gyventojų surašymas parodęs, kad 100 Vokietijos žydų

nuo 0—15 mt. amžiaus gyventojų buvę	17,9
„ 15—50 „ „ „	56,9
50 metų ir senesnių „ „	25,2

1933 metų emigracijos išskyrimu pataisyta statistika davusi tas tris kvotas šitokias: 17,2; 55,1; 27,7%. Be to, statistika parodžiusi ir galinčių gimdyti moterų, 15—45 metų amžiaus, skaičiaus mažėjimą.

Vidutinis žmogaus amžius esąs pailgėjęs, ir jau pagal 1925 mt. gyventojų surašymą kas ketvirtas Vokietijos žydas sulaukdavęs daugiau kaip 50 metų, o pagal 1933 metų surašymą vidutinis jų amžius dar daugiau pailgėjęs. *Dr. K. Grinius.*

3. **Jahresversamlung der Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspflege 1934.** („Gesundheit und Wohlfahrt." Revue Suisse d'Hygiène. 1934. 9—10 nr., 387 p.). (Šveicarijos Sveikatos Draugijos metinis 1934 susirinkimas).

Paimame iš tos draugijos pirmininko prof. d-ro H u n z i k e r'o susirinkime daryto pranešimo vietą apie svarbiausias dabar Šveicarijoje viešpataujančias ligas ir nelaimes.

Tuberkuliozė ir vėžio liga vis dar tebeesančios bene rimčiausios liaudies nelaimės; nors mirčių skaičius mažėjąs, bet tų ligų aukos priklausančios darbingiausiojo gyventojų amžiaus ir kasmet duodančios šaliai daug nuostolių.

1881—1931 metų laikotarpiu mirčių nuo tuberkuliozės skaičiai svyravę tarp 5.665 ir 3.768 (1931).

Nuo vėžio metinis mirimų skaičius per paskutinę 50 metų pakilęs nuo 2.866 iki 5 771.

Tuberkuliozė pasiduodanti nugalima, bet ją kompensuojanti vėžligė, kuri progresuojanti.

Reikią prideti, kad gyventojų skaičius per 50 metų paūgėjęs nuo 2,85 iki 4,08 milijonų. (Tad praėjusio 50 metų laikotarpio mirtingumo koeficijentai siūbavę tuberkuliozei tarp 20 ir 9⁰/₀₀₀, o vėžiui tarp 10 ir 14⁰/₀₀₀).

Kūdikių mirimai nuo viduriavimų per 50 metų esą žymiai sumažėję: 1881 mt. buvę 4 012, o 1931 mt. tik 380, t. y. ta kūdikių mirimo priežastis Šveicarijoje beveik nykstanti.

Bet ir gyvų **gimusiųjų skaičius** pasikeitęs: 82.345 prieš 50 metų ir 68 249 (1931 m.), arba 1.000-čiui gyventojų pirmiau buvę 29 gimimai, o dabar (1931) esą tik 14.

Infekcijinės ligos, kaip kad skarlatina, tymai, difterija, kokliušas, dabar duodančios daug mažesnį mirtingumą negu ankstyvesniais dešimtmečiais. **Vidurių šiltinė** apie 1881—84 metus Šveicarijoje kasmei mirdavę daugiau kaip 1.000 žmonių, o nuo 1921 mt. tas skaičius siekęs apie 100, 1930 mt. — 29 ir 1931 mt. — 32.

Bet esą reiškinių, kurie nelabai galį hygijenistą džiuginti.

Endeminė **gurklio** (*Kropf*) liga kaikuriose vietose vis dar esanti žymiai paplitusi.

Dantų caries (puvimas) esąs baisiai gausus. Čia turinti būti padaryta mitimo reforma. Jau juodos duonos (*Vollbrot*) vartojimas galėtų tam reikalui padėti.

Alkoholizmas vis dar tebeviešpataująs, keliąs šeimų vargą ir ligas, pripildąs kalėjimus, pamišėlių namus ir ligonines. Bealkoholinių gėrimų platinimas ir jų prieinamumas galįs čia suvaidinti savo vaidmenį.

Veneros ligos kaikuriose vietose dažnėjančios ir laukte laukiančios tinkamo kovai su ta nelaime valstybės įstatymo.

Savižudybių 1931 mt. buvę 1.010, o 1932 — jau 1.218.

Mirčių dėl **nelaimingų atsitikimų** 1931 mt. buvę 2.323, o 1932 mt. daugiau, būtent 2.434.

Tad, anot prof. H u n z i k e r'o, Sveikatos Draugijai dar ilgiems metams esąs numatomas didelis darbas. *Dr. K. Grinius.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Širdies nepakankamų gydymas cukrum ir insulinu.** O l a s k o g a, pasirėmęs savo stebėjimais, priėjęs išvadą, kad viena gliukozė širdies raumens netonizuojanti ir kad vienas insulinas net galįs būti žalingas, nes galįs sužadinti hypoglykėmiją. Tačiau, duodant kartu abudu kalbamuosius preparatus, gaunama gana gerų vaisių gydant tuos širdies nepakankamumus, kuriems neparodę geros įtakos kiti cardiaca: pranykstąs tvinksnio zovados rytmas, dusulys, žemutinių galūnių oedema,

asthenia, sumažėjąs kraujoslėgis. Ypačiai geras efektas gaunamas gydant arytmiją su aurikuliarine fibriliacija. Esant arterijų sklerozei su hypertenzija, cukrus su insulinu sulaikydavę myokardo nepakankamumo išsirūtuliavimą. („Archiv Latino - Am. Card. Hemat." 1933 m. 4—5 nr., III).

× **Angina pectoris gydymas alkoholio injekcijomis.** Prof. D. D. Pletnev, pasirėmęs tuo, kad angina pectoris ėtijologijoje, be indų systemos (širdies ir kraujo indų sklerozė), dar didelį vaidmenį vaidinanti nervų systema, siūlo angina pectoris gydyti stipraus alkoholio injekcijomis į nervų mazgus (ganglijus), nuo kurių nervų skaidulos eina į širdį. Įšvirkštus į šituos mazgus alkoholio (prieš švirkščiant juos kokainizavus) ir tuo būdu juos numarinus, liaująsi angina pectoris priepuoliai ir perspėjamas jų grįžimo galimumas. Šitas gydymo būdas reikią vartoti labai atsargiai, būtinai tik ligoninės sąlygose ir tiktai tuomet, kai visos kitos angina pectoris gydymo priemonės neduodančios patenkinamų rezultatų.

Prie aktingų ir labai naudingų būdų angina pectoris gydyti prof. D. D. Pletnev priskiria teippat fyzijoterapinių metodžių pavartojimą.

× **Arthritis deformans sėkmingas gydymas Merck'o folikulino injekcijomis.** Senyvame amžiuje šitos ligos priežastimi galįs būti vidinės sekrecijos sutrikimas. Šitokie ligoniai skundžiąsi svarbiausia tįstamais skausmingais pojučiais šlaunyse, vaikščiojimo pasunkėjimu, skausmais įvairiuose sąnariuose. Schotmüller 2 tokiais atsitikimais gavęs labai gerų vaisių, kasdien švirkšdamas Merck'o folikulino (100 E.), ir todėl siūlo šitą gydymo būdą išmėginti kiekvienu arthritis deformans atveju, nepagydomu jokiais kitais būdais. („D. m. W." 1932 m. 37 nr.).

× **Dielių pritaikymas flebitui gydyti ir plaučių embolizmo perspėjimas.** Dielės buvusios pritaikytos flebitui gydyti 4 atsitikimais. Vienu atsitikimu (thromboangiitis obliterans su neseniai buvusia vena cubitalis poster. tromboze) dielių nedaug tebuvę pavartota ir gydymas nedavęs vaisių. Kitais trimi flebito atsitikimais ligūsti reiškiniai greitai pranykę ir ligoniai pagiję. Pasak Machorner'io ir Oksner'io, dielių geras veikimas flebitui pasireiškiąs štai dėl ko: 1) skausmai greitai pranykstą, jaučiamumas spaudžiant sumažėjąs; 2) oedema pranykstanti; 3) trombas suminkštėjąs ir neseno proceso symptomai pranykstą; 4) t°-ra krintanti; 5) flebito liga sutrumpėjanti; 6) plaučių embolizmo pavojus ryškiai sumažėjąs. Autoriai šitą gydymo būdą laiko geriausiu ir sumažinančiu plaučių embolizmo pavojų. („Ann. Surg." 1933, IX, 98 v.).

× **Embolijų profylaktikos ir gydymo klausymu.** Godłowski šitam tikslui siūlo tučtuojau po operacijos suleisti į veną 0,05—0,1 antithrombin'o (kitaip dar vadinamo heparin'o) su 0,5% valgomosios druskos tirpiniu. Injekcijos daromos 2 kartus per dieną, išviso per 6 dienas, t. y. per visą tą laiką, kada gali susidaryti trombai. Autorius šitą profylaktikos bei gydymo būdą pagrindžia teoriškais samprotavimais. Ar šitas būdas rasiąs praktišką pritaikymą klinikoje, parodysią kliniški stebėjimai. („Polska Gaz. lek." 1934 m. 4 nr.).

× **Kraujo nuleidimas gydant smegenų hemoragijas.** Šita gydomoji priemonė turinti savo indikacijas ir kontraindikacijas. Kraujo nuleidimo efektas pareinąs nuo trijų faktorių: nuleistojo kraujo tūrio, nuo jo pašalinimo greitumo ir nuo dirvos, ant kurios jisai atliekamas. Gausingas arba smarkus kraujo nuleidimas, ypačiai senyviems arterijosklerotikams, galįs pakenkti, nes, pasikeitus arterijų, venų ir nugarkaulio smegenų skysčio (liquor'o) įtampai, galinti sutrikti organizmo pusiausvyra tuo metu, kai smegenų hemoragijos kristalizacijai reikalingas minimalus traumavimas. Atvirkščiai, saikingas kraujo nuleidimas dar jauniems asmenims, atliekamas labai išlėto, prireikus nutraukiamas ir vėl atnaujinamas, aukščiau minėtojo pavojaus nesudarąs, ir todėl nereikią

systemiškai atmesti šitokia terapinė priemonė, kuri jau nekartą davusi gerų vaisių esant pletorai ir paroksizminei hypertenzijai, t. y. syndromui, dažnai sudarančiam smegenų hemoragijų pagrindą. (B e r n a r d: „Pr. Méd.“ 1934 m. 2 nr.).

× **Nudegimų gydymas primaišant tanino (5% ac. tannici) prie paprasto nudegiminio tepalo (aq. calc. + ol. lini āā).** Prof. H a b e r e r'o klinikoje paskutiniais ketveriais metais nudegimai gydomi pakeistu D a v i d s o n 'o būdu, būtent, vietoje gryno ac. tannici, imamos 5 dalys ac. tannici ir 95 dalys nudegiminio tepalo. Nudegimo vietos paviršius, aukščiau pažymėtuoju tepalu sutvarstytas, apsidengiąs sūdria, blizgančia, sausa plutele. Tvarstis lengvai ir visiškai be skausmų nuimamas, nes jisai nepridžiųstąs prie opoto paviršiaus. Šitas nudegimų gydymo būdas neleidžiąs opos toksiškiems griuvimo produktams įsisiurbti ir tuo būdu ją apsaugojąs nuo infekcijos ir sumažinąs pirmykščio šoko galimumą. Per 3-jus metus šituo būdu gydant, iš 102 ligonių mirę tiktai du, iš kurių vienas buvęs nusideginęs beveik visą kūną. („Zbl. Chir.“ 1933 m. 28 nr.). *J. St.*

× **Trichomonas vaginalis gydymas ištirpinta ėteryje pieno rūgštimi (sol. ac. lacticum in aethere sulfurico).** A. H o c h l o v trichomonadinius kolpitus siūlo šeip gydyti: pro įstatytą į makštis (vaginą) speculum makštys sausai išluostomos tupferiais, paskui jos švariai išvalomos bei ištrinamos su vata, suvilginta ištirpintoje ėteryje pieno rūgštyje. Pūlingai putotoji makščių sekrecija, veikiama pasižyminčių savo baktericidiškomis savybėmis ėterio ir pieno rūgšties, greitai pranykstanti ir liga likviduojantis. Per keletą mėnesių šituo būdu sėkmingai buvę gydyta 60 ligonių. Autorius šitą gydymo būdą laikąs specifišku kovoje su trichomonas vaginalis. („Zbl. G.“ 1934 m. 30 nr.). *Dr. T. Goldbergas.*

× **Furunkulų gydymas.** Prieš pradedant gydyti furunkulą bei karbunkulą, reikią visada patikrinti cukraus kiekis kraujuje. Tik glykėmija, bet ne glykozurija, turinti didelės svarbos šituo atveju. (Šitas labai svarbus klausymas plačiai išnagrinėtas R a i g a's ir kitų autorių „Pr. Méd.“ 1935. Nr. 10. R e f.). Gydymas insulinu turis eiti lygia greta su tiksliu maisto dozavimu.

Lokaliai autorius siūlo šį gerą būdą, kurį pavartojęs kartu su bendru gydymu, jis visada gaudavęs gerų rezultatų:

1. Votis ir jos periferija gana plačiai patepama šio tepalo sluogsniu:

Rp.	Cupri oxydati pulv.	1,0
	Zinci oxydati	10,0
	Vaselini	
	Lanolini	āā 50,0

arba vadinamu Alibour'o tepalu.

2. Uždedama plati, stora ir gleivėta kataplazma iš linų miltų.

3. Apklojama nepraeinamu sluogsniu (kad garai neišeitų) bei karštos medvilnės sluogsniu (kad aprūpintume šilima) ir fiksuojama bintu.

4. Kataplazma atnaujinama, kai vėl atsiranda skausmai, maždaug kas 4 valandos.

5. Du kartu per dieną nuvaloma plačiai aplinkuma ėteriu ir po to patepama (tamponner) kaimyninė su karbunkulu oda 90° alkoholiu, kad užsigrūdintų oda; vėl uždedamas tepalas ir kataplazma.

6. Kai votis yra atsidariusi: pulverizuojama gariniu pulverizatorium 2—3 k. per dieną perrūgščiu vandeniliu.

7. Niekada nespaudžiama furunkulo arba karbunkulo; niekada netraukiama pincetu numirusių audinių. (G. M é t i v e t: Le rôle de l'hyperglycémie dans la furonculose. „Pr. Méd.“ 1935 m. 19 nr.).

Gyd. Š. Markovičius.

Šoferių kontrolė.

Prancūzijos viešųjų darbų ministerija išleido 1933 m. sausio mėn. 23 d. nutarimą patikrinti sveikatą šoferių kandidatų, kuriems bus duodami leidimai vairuoti autobusus ir sunkvežimius, sveriančius su kroviniais daugiau kaip 3.000 klg.

Tame nutarime nurodytos ligos, dėl kurių turi būti neduodamas leidimas.

I. Kraujo cirkuliacijos aparatas.

Neleidžiama:

A. Vožtuviniai širdies susirgimai, ypatingai visų širdies organų ligos, be to, aortos ir perikardijaus sutrikimai:

a) vožtuviniai širdies susirgimai;

b) staigieji ir chroniškieji myokarditai;

c) aortitai ir angina pectoris;

d) perikarditai;

e) dėl pleurinio ar perikardijinio sulipimo širdies nukrypimai į kairę bei dešinę;

f) prigimtoji cyanozė dėl didžiųjų kraujo indų malformacijos.

B. Arterijinė hypertenzija, lydima galvos svaigimo priepuolių, spaudimo, funkcijinių širdies vožtuvėlių insuficijencijų, tachyarytmijos ir „galopinio" širdies trinkio.

Teippat ir nėsant komplikacijų, jei tik hypertenzija siekia arba prašoka 220 mm. Hg. maksimalinio spaudimo ir 140 mm. Hg. vidutinio spaudimo.

Teippat, jei ekrane matoma padidėjusi širdis.

C. Pastovus pulso suretėjimas, mažiau kaip 40 kartų per minutę, kartu su funkciniais priepuoliais, ypač kartu galvai svaigstant.

D. Paroksyzminės tachykardijos padidėjimas.

E. Visiška arytmija su jos symptomais ir širdies silpnumas.

F. Arterijų ir aortų aneuryzmos.

G. Evoliucinėj būklėj arteritai ir flebitai.

H. Albuminurija ir išbujojusi ėdema.

Leidžiama:

A. Respiracinė arytmija.

B. Ekstrasystolinė arytmija.

C. Palpitacijos ir tachykardijos.

D. Širdies transpozicija su bendra visceraline transpozicija.

E. Širdies izoliuota transpozicija, nesusijusi su pleurų bei perikardijaus sulipimu.

F. Roger'io liga.

G. Ducti arteriosi uzsilikimas.

II. Pusiausvyra ir oto-rino-laryngologija.

A. Naso-laryngo-trachejinis aparatas.

Neleidžiama:

a) Pastovi, visiška arba nevisiška nosies tuštymų arba rinofaryngines dalies obstrukcija.

b) Tuštyminės (larynx, trachea) ar išorinės (hypofunctio gl. thyreoideae) kilmės pastovi arba paroksyzminė mechaniškoji dyspnoe, pasireiškianti sunkiai dirbant, o ypač ramiai kvėpuojant šnirpštimu, įkvėpiant švilpimu ir t. t.

B. Klausos aparatas.

Klausos aparato netikslumas kitaip negalima matuoti, kaip tik funkcinio sutrikimo atžvilgiu: anatomiškieji nenormalumai tenurodo tik dijagnostišką invalidumo kryptį.

Neleidžiama:

a) Chroniškas, pūlingas biliateralinis otitas.
b) Visiškas biliateralinis kurtumas.
c) Nevisiškas biliateralinis kurtumas (jei negirdimas pašnekesio paprastas vidutinis balsas 5 metrų atstumo ir jei be balso šnabždant negirdi už 1 metro).
d) Visiškas unilateralinis kurtumas su heteroliateraliniais trūkumais.
e) Vestibuliniai, pastovūs bei paroksyzminiai galvos svaigimo priepuoliai, nepaisant, kuri jų aurikulinė priežastis (trauminė ar spontaninė), teippat nepaisant sutrikimų vietos, iš kurios pareina priepuoliai; sutrikimai, pasireiškią subjektyvinėmis reakcijomis (tariamasis galvos svaigimas) arba aiškiomis objektyvėmis labyrintizmo žymėmis (spontaninis nystagmus) arba specijaliu statiniu mėginimo būdu uždaromis akimis, visur atliekant nuodugnų tyrimą.

III. Regėjimas.

Neleidžiama:

A. Tikslaus regėjimo sumažėjimai (naudojant ar nenaudojant stiklų korekciją) mažiau kaip $^8/_{10}$ abiems akims ir mažiau kaip $^7/_{10}$ vienai, jei antroji mato $^9/_{10}$; arba mažiau kaip $^6/_{10}$ vienai, jei antroji turi $^{10}/_{10}$ regėjimo pajėgumą.

Teippat neleidžiama, jei yra pupilinėj srityj „ptérygion empiètant", ragenos neskaidrumai, stafylomos, skleros stafylomos, chroniškieji keratitai, lęšio iškrypimai, įvairūs lęšio neskaidrumų typai arba lęšio kapsulės neskaidrumai, coloboma chorioideae, albinismus, retinos ir chorioidėjos ligos, įvairios optinių nervų atrofijos, glaucoma, nystagmus, jei visa tatai regėjimo tikslumą sugadina daugiau kaip aukščiau nurodytose ribose.

B. Palpebriniai ir konjunktiviniai akies obuolio ir voko sulipimai, chroniškieji osteitai ir orbitinės neoformacijos, jei tat sulaiko akies obuolio judėjimą arba pakeičia jo padėtį.

Pupilinio reflekso, kad ir uniliateralinio, šviesiai pranykimas, nepaisant, kuri reflekso įtaka akomodacijai bebūtų.

C. Vieno ar kelių akies ar voko raumenų paralyžiai, funkciniai paralyžiai.

D. Kiekvienas regėjimo plotmės trūkumas.

Leidžiama:

1. Strabismus concomitans.
2. Daltonismus.
3. Pupilinės nelygybės, sutampančios ar ne su normaliu šviesai refleksu.

IV. Protinė bei intelektinė būklė.

Neleidžiama:

A. Kiekvienas protinis trūkumas ir ypač aiškios protinės pusiausvyros nebuvimas.

B. Kiekvienas protinis trūkumas, reikalingas izoliacijos.

C. Kiekviena toksikomanija, ypač chroniškas ar staigus alkoholizmas.

D. Kiekvienas nusilpimas — protinis ar motorinis, senatvinis ar priešsenatvinis.

E. Kiekviena psychoneuropatinė būklė, sukelianti negalavimus, kuriems įvertinti pakanka kliniškų eksperimentų.

V. Neurologija ir judrumas.

A. Cranium et meningea, cerebrum et medulla spinalis, nervi periferici.

Neleidžiama:

a) Visos kaukolės žaizdos, palikusios objektyviais meningijų ir smegenų sužeidimų žymes ir kiekviena kaukolės matoma žaizda, kuri arba lydima arba ne meninginių cerebrinių sužeidimų, nesulaukusių dar poros metų.

b) N. optici trauminiai sužalojimai ir akies viadus pakitimai dėl papillinės stazės, susijusios su intrakranine hypertenzija, ypač sąryšyj su tumor cerebralis.

c) Chroniškieji meningitai, nors ir menkus teduodą symptomus, nepaisant, kokie būtų laboratoriniai tyrimų rezultatai.

d) Epilepsiniai stigmatai.

e) Visos staigiosios bei chroniškosios meninginės, cerebrinės ir stuburo smegenų ligos, tikrinimo metu duodančios arba neaiškų motorinį bei sensorinį trūkumą.

B. Judrumas.

Neleidžiama:

a) Viršutinių galūnių įvairios amputacijos, nors ir vienos pusės, išskiriant rečiausiai naudojamus pirštus.

b) Apatinių galūnių įvairios amputacijos, išskiriant rečiausiai naudojamus pirštus bei priešakines metatarsi dalis.

c) Kiekviena liemens liga, silpninanti stuburo tvirtumą bei judrumą, dėl ko cervikalinės dalies negalima sukinėti nei dešinėn nei kairėn.

d) Visi konstatuojami nervų, kaulų, sąnarių, sausgyslių ir muskulų sužalojimai, dėl ko nusilpnėja minėtų kūno dalių judrumas.

Leidžiama:

Visiškas anatomiškas ar funkciškas kaulo, sąnario, sausgyslės, raumens, nervo sunaikinimas, dėl ko sumažėja jėgos ir paslankumas šiose kūno dalyse:

1) Rankų pirštai, su sąlyga, kad nykštys ir 2-rasis arba 3-sis ir 4-sis pirštai būtų nepaliesti; antroji ranka turi būti visai sveika.

2) Didieji kojų pirštai, kurių funkcija gali būti panaikinta abiejose pusėse, tik su sąlyga, kad articulatio tarso-tibialis turėtų pilną ekskursiją ir jėgą. Be to, priešakinės metatarsi dalies netekimas kliūčių vairuoti nesudaro. (Iš „Association Internationale des Automobile-Clubs Reconnus (8 Place de la Concorde—Paris) bulletin d'informations Nr. 2 du 15 avril 1933).

Dėl d=ro V. Tercijono straipsnio „Valstybinės vaikų ligoninės pirmasis dešimtmetis“.

(„MEDICINA“. 1934 M. 12 Nr.).

Šitame straipsnyje yra netikslumų, kurie reikėtų atitaisyti.

Sveikatos Departamentas nepritaręs, kad Vaikų ligoninė turėtų nuosavus namus. „Ligoninės ateitis, neturint nuosavų namų, buvo labai neaiški“ (Gal, neturinčios nuosavų namų ligoninės ateitis...?). Mano žiniomis Sveikatos Departamentas labai pritarė ir rūpinosi, kad Vaikų

ligoninei būtų pastatyti tinkami namai. Tiksliai kalbant, Vaikų ligoninė negali turėti nuosavybės, ji nėra juridinis asmuo; būstinę jai duoda ir iš jos paima Vidaus Reikalų Ministerija.

Ligoninė persikėlė į naujus namus ne 1929 metais, bet 1932, man esant Sveikatos Departamento direktorium.

„Vaistininkų pastangomis dėl konkurencijos privatinėms vaistinėms vaistų pardavinėjimas ambulatoriniams ligoniams papiginta kaina buvo nutrauktas". Nutraukimas įvyko, man esant Sveik. Dep-to direktorium; apie vaistininkų pastangas aš nesu girdėjęs. Ligoninės iš viso nepardavinėja vaistų. Spintelės su vaistais negalima vadinti „vaistine", gailestingoji sesuo negali atstoti farmaceuto vaistininko.

„Ambulatorijoje, be tiesioginio darbo, buvo stengtasi plačiai varyti profylaktikos darbas, kuriuo jis (ji?) gali lygintis su vaikų sveikatos centrais". Kiekviena ambulatorija turi varyti profylaktikos darbą, negali pasitenkinti tik receptų rašymu, ypač kūdikiams ir mažiems vaikams. „Vaikų sveikatos centro" Lietuvoje nėra; yra „sveikatos centrai", kurie rūpinas motinų ir vaikų sveikata. Užsieniuose „sveikatos centro" darbo sritis daug platesnė.

„Priešrachitinėje (hygijenos) ir tuberkuliozės srityje plačiai daromos tuberkulino reakcijos"; „priešrachitinė hygijena", matyti, čia atsirado iš neapsižiūrėjimo.

Valstyb. slaugytojų kursai „kaip nereikalingi Lietuvoje, Sveikatos Departamento buvo uždaryti". Kursų uždarymo motyvai buvo kitokie. Buvo labai neaiškus kursų statutas ir neaiškios baigusių kursus teisės. Pagal statuto § 5 tie kursai buvo žemesni už gailestingųjų seserų kursus, o pagal § 10 aukštesni. Baigusioms kursus Sveikatos Departamentas pagal § 11 ir 12 turėjo duoti vietą; bet kvalifikuotoms slaugytojoms ligoninėse vietų nėra; ligoninės „slaugytojos" paprastos tarnaitės, nekvalifikuotos. Baigusioms kalbamus „kūdikių ir vaikų slaugymo kursus" vietų neturi ir vaikų ligoninė. Painiava susidarė, matyti, dėl to, kad statuto autoriai neišsiaiškino terminų „ligonių slaugytoja", „kūdikių slaugytoja" ir „gailestingoji sesuo". Vokietijoje yra ligonių slaugymo kursai; baigę tuos kursus asmens gauna vardą „Krankenfflegerin, o prisirašę prie tam tikrų organizacijų, gauna dar vardą „Schwester", „Diakonissin" ir kit. Lietuvoje ligonių slaugymo kursai priimta vadinti gailestingųjų seserų kursais. „Kūd. ir v. slaugymo" kursai galima buvo paversti gailestingųjų seserų kursais, bet vaikų ligoninėje tokiems kursams per maža vietos ir ligonių.

Iš naujo „kursus" atidarė ne „Motinoms ir vaikams globoti organizacijų sąjunga", bet „Kūdikių gelbėjimo draugija" arba tiksliau pasakius, Vidaus Reikalų Ministerijos Socijalės Apsaugos Inspekcija, kuri nuo Sveikatos Departamento nepriklauso. Baigusioms kursus Socijalės Apsaugos Inspekcija, matyti, galės duoti tinkamą tarnybą.

Dr. J. Maciūnas.

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Bonoje — prof. Carl Bachem, farmakologas, 54 metų amžiaus; 2) Berlyne — prof. dr. Wilhelm Dieck, 68 metų amžiaus; 3) Edinburge — prof. Foyler, rentgenologas; 4) Hamburge — prof. Fülleborn: 5) Drezdene — prof. dr. Eugen Galewsky, 72 metų amžiaus; 6) Breslave — prof. dr. Walther Hannes, 56 metų amžiaus; 7) prof. Leonard Jores; 8) Partenkirchene — prof. dr. Wilhelm Kattwinkel; 9) Paryžiuje — prof. Keira, venerologas,

75 metų amžiaus; 10) Grenade — prof. Kortezo, 63 metų amžiaus; 11) Anglijoje — prof. Marrel, 75 metų amžiaus; 12) Gėtingene — prof. dr. phil., dr. med. h. c. Georg Elias Müller, Gėtingene psychologijos instituto įkūrėjas, 85 metų amžiaus. 13) Paryžiuje — prof. Nikoleti, 79 metų amžiaus; 14) prof. dr. Norbert Ortner, 70 metų amžiaus; 15) Romoje — prof. dr. Ernesto Pestalozza, 74 metų amžiaus; 16) prof. Helmut Fetow, 80 metų amžiaus; 17) Kembridže — prof. Douglas Reid, anatomas, nusižudė dėl nedarbo; 18) Paryžiuje — prof. Pavel Riché, anatomopatologas ir skulptorius, 84 metų amžiaus; 19) Londone — Meo-Robson, chirurgas, 80 metų amžiaus; 20) Berlyne — prof. dr. Bernhard Rosinski, 73 metų amžiaus; 21) Manheime — prof. dr. Franz Rost; 22) Greifswalde — prof. dr. Bernhard Solger, 86 metų amžiaus; 23) Miunchene — prof. dr. Walter - Spielmeyer, 55 metų amžiaus; 24) Frankfurte — prof. dr. J. Tillmanns; 25) prof. V. A. Vagner, 85 metų.

Lietuvoje, Užpaliuose, Utenos apskr., mirė d-ras Vl. Rapackas, 58 m. amžiaus.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys:

I. **Medicinos gydytojo:** Marija Apeikytė, Golda Ickovičaitė, Juozas Kiaušas, Pinchus - Leiba Lipšicas, Jankelis Percikavičius, Jokūbas Sudarskis, Mendelis Vitenis, Ošer-Arja Železniakas.

II. **Odontologijos gydytojo:** Regina-Elena Ceranaitė, Bronislava Guzikauskaitė.

× **Asistentų reikalais.** Vidaus ligų klinikos vyr. asist. T. Tiškui asistentavimo laikas prolonguotas dar 3 metus.

× **D-ro Br. Sidaravičiaus** habilitacinė paskaita „Ekzemos patogenezės klausymu" Medicinos fak-to tarybos pripažinta gerai atlikta ir nutarta prašyti Švietimo ministerį patvirtinti jį privat-docentu.

× **Profesoriavimo laiko prolongavimas.** Profesoriams J. Bagdonui ir J. Karužai profesoriavimo laikas prolonguotas dar vienerius metus.

× **Studentai medikai įteikė Medicinos fakultetui memorandumą,** prašydami, kad vietoj valstybinių anatomijos egzaminų būtų daugiau reikalaujama praktiškųjų dalykų. Užsieniuose teip esą ir daroma.

× **Studentų medikų memorandumui dėl anatomijos egzaminų apsvarstyti** išrinkta komisija iš prof. P. Avižonio (pirmininko), doc. J. Blažio ir doc. V. Kuzmos.

× **Kvietimai dalyvauti suvažiavimuose.** Liet. Univ-to Medicinos fakultetas yra gavęs kvietimus dalyvauti Briuselio „medicinos dienoje" ir tarptautiniame gydytojų, vyno draugų, kongrese Lozanoje, vasaros metu.

DRAUGIJOS, KONGRESAI, ĮVAIRENYBĖS.

× **V-sis tarptautinis kovai su reumatu kongresas** bus Lunde (Švedijoje) 1936 m. rugsėjo mėn. Ligue Internationale contre le Rheumatisme pirmininkas yra prof. dr. S. Ingvar, Lunde: sekretorius — prof. dr. G. Kahlmeter, Stockholme.

× **I-sis tarptautinis antropologijos ir kriminalinės psychologijos kongresas** bus Romoje 1935 m. spalių mėn.

× **X-sis tarptautinis medicinos istorijos kongresas** bus 1935 m. rugsėjo mėn. 23—25 d.

× **II-sis tarptautinis gastro-enterologijos kongresas** bus Briuselyje 1935 m. nuo birželio mėn. 27 d. iki liepos mėn. 3 d.

× **XV-sis tarptautinis fyziologų kongresas** bus Maskvoje 1935 m. rugpjūčio mėn. 9—17 d.

× **II-sis tarptautinis irisdijagnozės kongresas** bus Drezdene 1935 m. balandžio mėn. 10—13 d.

× **Anglijos apsaugai nuo tuberkuliozės sąjungos metinė konferencija** bus 1935 m. birželio mėn. 27—29 d. Žada būti beveik visi pranešimai, skirti kovai su vaikų tuberkulioze. Lietuvos draugija kovai su tuberkulioze yra gavusi pakvietimą dalyvauti šitoje konferencijoje.

× **Tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai** bus Berlyne 1935 m. nuo spalių mėn. 1 d.

× **Pieno Lašo draugijos metinis susirinkimas** buvo 1935 m. vasario mėn. 27 d. Apie kovą su kūdikių mirtingumu pranešimą darė dr. K. Grinius; pernai epidėmijos metu kūdikių mirtingumas padidėjęs nuo 12% iki 17% iš visų gimusių tais metais kūdikių. Dr. Kregždienė pranešė, kad dr-ja pernai pajamų turėjusi 74.927 lt., o išlaidų 72.886 lt. Iš 336 d-jos globojamų kūdikių 80 esą pavainikių. Vieno vaiko išlaikymas per dieną kaštuojąs 1,60—1,70 lt. Motinų per metus sušelpta 433, kūdikiu — 636.

× **Carlo Forlalini Instituto stipendijos Ryme.** Italijos tautinė fašistų kovai su tuberkulioze federacija yra perdavusi Tarptautinei kovai su tuberkulioze sąjungai teisę kasmet skirti stipendijas; po 3.000 Italijos lirų kiekviena, užsieniniams gydytojams, norintiems pasimokyti Carlo Forlanini (pirmiau Benito Mussolini) institute Ryme per 8 mėnesius (nuo lapkričio 15 d. iki liepos 15 d.).

Stipendininkai, gaudami maistą ir butą, turi gyventi pačiame institute.

Stipendijos visų pirma duodamos jauniems gydytojams, jau apsipažinusiems su tuberkuliozės problemomis ir norintiems tobulintis toje srityje.

Darbas institute nustatomas kandidato ir administracijos susitarimu.

Spausdintini darbai gali būti instituto apmokėti.

Stipendijas kasmet skiria vasaros posėdyje tarptautinis kovai su tuberkulioze vykdomasis komitetas, 1935 mt. tai bus atlikta liepos mėnesio 10 dieną.

Kandidatų pavadinimas, amžius, profesinis patyrimas, mokslo darbai ir kitos žinios turi būti įteiktos komitetui ne vėliau kaip 1935 m. liepos 1 d.

Nė vienas pareiškimas nebus svarstomas, jeigu jisai nebus atsiųstas vykdomajam komitetui valstybės valdžios arba tos draugijos, kuri yra tarptautinės kovai su tuberkulioze sąjungos narys.

Smulkesnių žinių galima rasti **Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose** 1931 mt. VIII tomo, 4 nr. 395 pusl.

Adresas: Secrétariat de l'Union Internationale Contre la Tuberculose, 66, Boulvard Saint-Michel, Paris (6*).

Nuo savęs pridedame, kad kandidatai į stipendininkus turėtų mokėti itališkai ir pareiškimus siųsti per Draugijos kovai su tuberkulioze centro valdybą (Mickevičiaus g. 11a, tel. 33-48, Kaune).

× **Mussolini institutas Ryme pavadintas Carlo Forlalini institutu.** Tat yra prieš keletą metų prie Rymo pastatytas ir Benito Mussolini vardu pavadintas 1.400 lovų tuberkuliozei studijuoti didžiulis institutas, kurį Mussolini dabar liepė pervardinti dirbtinio pneumotorakso išradėjo Carlo Forlalini vardu.

× **Panevėžio skyriaus kovai su tuberkulioze visuotinis susirinkimas** buvo 1935 m. vasario mėn. 24 d. dr-jos 10 metų sukaktuvių proga. Dr. Laurinavičius savo kalboje nurodė, kad Lietuvoje yra 50—60.000 sergančiųjų tuberkulioze.

1935 m. apyskaita priimta 70.000 lt.

Į valdybą išrinkta dr. Didžiulis, p. Babianskienė, dr. Domaševičius, dr. Aizinbudas, p. Didžiulytė - Albrechtienė, p. Žemaitienė ir p. Bielinis; kand. — dr. Gutmanas.

Dešimtmečiui paminėti skyrius išleido iliustruotą leidinį „10 kovos metų".

× **Lietuvos Raudonojo Kryžiaus biuleteniai spaudai.** L. Raud. Kryžius nutarė kas mėnuo leisti Lietuvos laikraščių redakcijoms savo biuletenį, kuriame, be sveikatos pamokymų bei informacijų, bus dedama žinių, susijusių su Raud. Kryž. siekiamais tikslais. Biuletenyje teippat bus informacijų apie L. Raud. Kryž. gyvenimą. Pirmasis L. Raud. Kryž. biuletenis neseniai jau išsiuntinėtas visų laikraščių redakcijoms.

× **Draugijos kovai su tuberkulioze Kauno skyriaus gydytojams praktikos užsiėmimai:** 1935 mt. birželio mėn. nuo 3 iki 8 dienos žada būti Draugijos kovai su tuberkulioze Kauno skyriaus sanatorijoje A. Panemunės d-ro J. Basanavičiaus šile, gydytojų pasitarimai ir praktikos užsiėmimai, ypač suaugusių žmonių plaučių tuberkuliozės srityje.

Numatomos šios temos:

1) Suaugusių žmonių plaučių tuberkuliozės ėtijologija, 2 valandos.

2) Plaučių tuberkuliozės pas suaugusius patologinė anatomija, 1—2 valandos.

3) Pradinės plaučių tuberkuliozės formos pas suaugusius (subklavikuliarinis infiltratas, hėmatogeninės formos, apicitai, 1—2 valandos.

4) Kliniška dijagnostika (be rentgeno dijagnostikos), 1 valanda.

5) Rentgeno dijagnostika, ypač pradinių formų, 1 valanda teoretiškai ir 4 valandos praktikos darbams (rentgenogramų skaitymas).

6) Laboratoriniai tyrimai, ypač dijagnozei reikalingi, 1 valanda teorijai ir 2 valandos praktikai.

7) Diferencinė plaučių tuberkuliozės dijagnostika (tarp širdies ligų, syfilio, sporotrichozės, antrakozės, silikozės, bronchoektazijų, įvairių subfebrilitetų ir kt.), 1 valanda.

8) Sanatorinis režimas plaučių tuberkuliozei gydyti, 1 valanda.

9) Pneumotoraksas, 2 valandos teorijai ir 6 valandos praktikai.

10) Kitos kolapsoterapijos metodės, 1 valanda.

11) Chemoterapija, specifiška terapija ir medikamentinė terapija, 2 valandos.

Darbas numatomas per 6 dienas, kasdien nuo 8 iki 13 valandos, aukščiau minėtomis teorijos ir praktikos temomis.

Be to, kasdien nuo 16 iki 18 valandos kiekvienas užsiėmimų dalyvis galės dirbti sanatorijoj su asistentais prie ligonių arba laboratorijoj, arba rentgeno kabinete.

Dalyvių gali būti ne daugiau kaip 10 gydytojų. Išlaidoms padengti dalyviai sumoka po 50 litų. Sanatorijoje galima gauti pietūs.

Užsiėmimuose galės dalyvauti tik įstoję į Draugijos kovai su tuberkulioze narius gydytojai.

Įsirašyti į užsiėmimų dalyvius galima iki 1935 metų gegužės 20 d.

Smulkesnių paaiškinimų galima gauti Draugijos kovai su tuberkulioze raštinėje (Kaune, Mickevičiaus g. Nr. 11a, bt. 4, tel. 33-48) arba pas valdybos narį d-rą L. Koganą, Kaune, Duonelaičio g. Nr. 39, tel. 22-53.

Programa negalutina. Užsiėmimų dalyviai prašomi pareikšti savo pageidavimus.

Pabaigtinė programa ir užsiėmimų paskirstymas bus paskelbti 1935 mt. gegužės mėnesio pirmoje pusėje.

× **Dijatermijos, rentgeno ir masažo aparatais naudotis reikia gauti pašto valdybos leidimas.** Sutvarkymas dijatermijos, rentgeno ir masažo

aparatų, kad jie visiškai netrukdytų klausyti radio, kol kas gana brangiai kaštuoja, todėl pašto valdyba šiomis dienomis išleido laikinas taisykles, pagal kurias tais aparatais gali būti leidžiama naudotis, jei tik jie yra aprūpinti tam tikrais prietaisais, kurie bent iš dalies slopina radio priėmimą trukdančius spinduliavimus.

Pagal taisykles tokiais aparatais leidžiama naudotis tik darbo dienomis, nuo 1 iki 6, nuo 8 iki 14 ir nuo 15½ iki 17 val.

Norint gauti leidimą aparatais naudotis, reikia per vietos pašto įstaigą arba betarpiškai paduoti pašto valdybai prašymą, apmokėtą 4 litais žyminio mokesčio. Šia proga **pašto valdyba įspėja aukščiau išvardintų aparatų savininkus, kad už nesilaikymą taisyklėse nurodytų sąlygų leidimai naudotis aparatais bus atimami,** o nusikaltę, remiantis radio susisiekti įstatymu, bus baudžiami piniginėmis baudomis iki 1000 litų.

× **Paskaitos motinos ir vaiko muziejuje.** Lietuvos motinoms ir vaikams globoti organizacijų sąjungos muziejaus komisija rengia ištisą ciklą paskaitų. Kovo 10 d., sekmadienį, 16 val. šaulių sąjungos salėje (Laisvės al. 20 nr.) bus paskaita tema: „Moters teisė į motinystę". Paskaitą skaitys prof. dr. P. Mažylis. Kovo 17 d. paskaitą skaitys prof. dr. Lašas apie vitaminus. Kovo 24 d. dr. S. Virkutis — apie išsigimimą. Kovo 31 d. dr. Birutavičienė — „Rūpinkimės moksleivių sveikata". Balandžio 7 dien. vet. gyd. Kanauka — „Pienas kaipo žmonių maisto produktas". Balandžio 14 d. Krikščiūnienė — apie auklėjimą. Balandžio 28 d. O. Tercijonienė — apie auklėjimą priešmokyklinio amžiaus vaikų. Gegužės 5 d. Krikščiūnienė — „Vaikų melas".

Bilietus į paskaitas galima gauti nemokamai muziejaus raštinėje darbo dienomis nuo 9 iki 11 val. ir nuo 16 iki 18 val., o teippat prieš paskaitas prie įėjimo.

× **Teikiama medicinos pagelba nukentėjusiems nuo potvynio.** L. Raud. Kryžius, norėdamas pagelbėti Aukstumalės pelkių potvynių užpilto rajono gyventojams, pavedė Klaipėdos Raudonojo Kryžiaus ligoninės direktoriui p. dr. Ciplijauskui suorganizuoti tame rajone medicinos pagelbos punktą. Ten apsigyvens nukomandiruotas Raudonojo Kryžiaus ligoninės gyd. Marcinkevičius ir viena gailestingoji sesuo. Punktas teippat aprūpintas vaistais ir tvarstoma medžiaga. Medicinos pagelba čion bus teikiama nemokamai.

× **Įsikūrė dr-ja kovai su vėžiu.** Kauno aps. virš. įregistravo įstatus draugijos kovai su vėžio liga. D-jos steigėjais pasirašė prof. Mažylis, prof. Vinteleris, doc. Kuzma, doc. Blažys ir kt.

× **Abolilucijonistų susirinkimas.** Neseniai „Moterų seklyčioj" buvo metinis aboliucijonistų dr-jos susirinkimas.

P. Pikčilingienė padarė pranešimą apie tarptautinį aboliucijonistų kongresą Budapešte, kuriame ji atstovavo Lietuvos moterų organizacijas. Kongrese buvo vyriausios trys pagrindinės mintys: a) visiškas prostitucijos panaikinimas — aboliucijonizmas, b) prostitucijos aprėžimas — reglamentacija ir c) prevencija — įspėjimas, socijalinių sąlygų gerinimas, auklėjimas ir t. t.

P. Beleckienė savo pranešime plačiausiai apsistojo dėl projektuojamos moterų policijos. Tos policijos tikslas — kova su moterų ir vaikų prekyba, prostitucija ir užkabinėjimu gatvėse, vaikų apsauga ir kova su moraliniais ir intelektualiniais deliktais.

Moterų policija prižiūrėtų išeivybės biurus, įtartinus klubus, pasilinksminimų vietas, kino teatrus, pamestinukų globą ir t. t. Iš pradžių moterų policija būsianti be uniformos, o tik ženklelius turėsianti ir liudijimus. Policininkėms parengti būsią steigiami 8 mėn. kursai. Į kursus būsiančios priimamos tik baigusios gimnaziją.

Diskusijose dėl valdybos pranešimų buvo nurodyta, kad aboliucijonistų d-ja neturi Lietuvoje nė vieno skyriaus, d-jos vardas Lietuvoje neišpopuliarintas, ir bendrai, veikimo žymių nebuvę matyti.

Dr-jos valdybon išrinkta: dr. Kalvaitytė - Karvelienė pirm., nariais — dr. Lašienė, dr. Ragaišienė, p. Karvelienė, p. Graužonienė, p. Grigonienė, dr. Žakevičiūtė, p. Kauneckienė, p. Tursienė - Vileišytė ir p. Jatulienė.

Revizijos komisija palikta ta pati.

LIGONIŲ KASŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Į tarpininkavimo komisiją tarp Kauno ligonių kasų gydytojų ir ligonių kasos** išrinkti: dr. Kizlauskas, dr. Mickus, dr. Bliudzas, dr. Braunsas, dr. Kantoravičius, dr. Milvydas, dr. Garmus ir k.

× **Tegalima išsirinkti tik viena specijalybė.** Kauno ligonių kasos komisija, — susidedanti iš dr. Mickaus, dr. Kazlausko, dr. Bliudzo, kasos valdybos pirmininko P. Šulaičio, Daugirdo ir dr. Gudausko, — nutarė, kad ligonių kasų gydytojai tegali išsirinkti tiktai vieną kurią-nors specijalybę. Be to, nustatytas ligonių kasų gydytojų sąrašas pagal rajonus.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi gydytojai:**

1. **Gelvonyse,** Ukmergės ap. Duodama 2.500 litų subsidijos metams. Kreiptis į vietos vaistinę.

2. **Kamajuose,** Rokiškio ap. Duodama 200 litų mėn. subsidijos. Kreiptis į Kamajų v. viršaitį.

3. **Laižuvoje,** Mažeikių ap. Artimiausias gydytojas už 21 klm. Duodama 100 litų mėn. subsidijos ir butas. Kreiptis į vietos vaistinę.

4. **Reikalingas gydytojas** turtingam ir plačiam rajonui. Duodama subsidija. Sužinoti **Vaškų** (Biržų ap.). vaistinėje.

× **Telšiuose nuodijosi d-rė M.** Priežastis — nevykusiai atliktas abortas, dėl kurio pacijentė mirė. D-rė M. pasisekė atgaivinti.

× **Mokyklų gydytojams nemokės algų.** Ligšiol gimnazijų ir vidurinių mokyklų gydytojams būdavo mokamas mėnesinis atlyginimas. Ministerių kabinetas taupumo sumetimais nutarė nuo šiol mokyklų gydytojams mėnesinio atlyginimo nemokėti, o mokėti tik už atskirus vizitus. Kiek mokėti — kiekvienos mokyklos direktorius susitars su valstybės kontrole.

× **Klaipėdos krašto gydytojų rūmų rinkimai.** Neseniai Klaipėdoje įvyko Klaipėdos krašto gydytojų rūmų valdybos rinkimai. Į valdybą išrinkti pirmininku dr. Didžys, vicepirmininku — dr. Polzin, sekretorium — dr. Ciplijauskas ir nariais — Kalenbach ir Fehere. Į gydytojų garbės teismą išrinkti: dr. Ciplijauskas, Fehere ir Bergeris.

× **Visi Lietuvos gydytojai turi lygias teises.** Dėl skelbimo „Lietuvos Aide", įdėtame 39 nr., kad gyd. Gyliui suteikta išimtina teisė gydyti Lietuvoje Pisčanu purvais, Sveikatos departamentas praneša, kad Lietuvoje niekam neduodamos išimtinos teisės gydyti. Visi gydytojai turi vienodas teises gydyti Pisčanu purvais ir visais kitais būdais.

× **Vienas Panevėžio gydytojas** už neteisingą sveikatos liudijimo išdavimą, apylinkės teismo nubaustas 1 mėn. pap. kalėjimo, bet nuo bausmės lygtinai atleido, jeigu per vienerius metus nenusikals.

× **Šiaurinėje Amerikoje dar tebegyvena 10 gydytojų,** kurie yra gimę tarp 1828—1838 metų.

× **Palestinoje** šiuo metu yra 1.998 med. gydytojai, 582 dantų gydytojai, 377 farmaceutai ir 500 akušerių.

× **Dr. D. Švarcas,** žinomas Kauno gynekologas, šiomis dienomis išsikrausto į Palestiną.

AMERIKOS GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Amerikos Lietuvių Daktarų Draugijos nauja valdyba** 1935 metams išrinkta ši: dr. Ig. Makaras — prezidentas, dr. A. R. Lauraitis — viceprezidentas, dr. J. Kovarskas — sekretorius, dr. C. Kliauga — iždininkas. Į švietimo komisiją išrinkti: dr. Biežis, dr. Bložis, dr. Juozaitis, dr. Jacob ir dr. Strikolis.

× **Čikagos šundaktariams paskelbė karą. Illinois'o** švietimo ir registracijos departamentas pradėjo kovą prieš įvairius šundaktarius, „jogus", „spiritualistus" ir kitokius prigavikus, kurie nemaža dolerių yra išviliojo iš ligonių, ypačiai moterų. Keletas šundaktarių jau yra areštuota. Čikagoje yra keli šimtai šundaktarių.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos departamento įregistruota susirgimų antkrytinėmis ligomis 1934 m.: 1) gruodžio mėn.:** typhus abdom. 135 (7), paratyphus 14 (1), typhus exanth. 23, variola vera 1 (1), morbili 793, scarlatina 175 (1), pertussis 184, diphteria 447 (23), influenza 850, dysenteria 4, erysipelas 52 (2), mening. cerebr. spin. epid. 6 (1), tetanus 1, tuberkulosis 212 (7), vener. ligomis 335 (lues 121, gonorrhoea 213, ulcus molle 1), varicella 20, trachoma 210, parotitis epid. 26, febris puerper. 13 (2), septicopyaemia 4 (2), scabies 52.

2) **Sausio mėn.:** typhus abdom. 76 (5), paratyphus 8 (1), typhus exanth. 23 (1), morbilli 381, scarlatina 161 (4), pertussis 110, diphteria 311 (24), influenza 1605, erysipelas 48 (3), poliomyel. et polyoenceph. ac. 1, mening. cerebr. spin. epid. 22 (2), tuberculosis 274 (8), vener. ligomis 299 (lues 140, gonorrhoea 157, ulcus molle), varicella 22, trachoma 404, parotitis epid. 72, febris puerperalis 19 (2), septicopyaemia 10 (4), scabies 20.

× **Madrido mokyklose** 30% mokinių serga gripu.

× **Priimtas įstatymas kovai su venerinėmis ligomis.** Ministerių kabinetas priėmė kovai su venerinėmis ligomis įstatymo projektą.

Pagal tą įstatymą, jei gydytojai gydydami veneriką neprisilaikys įstatymo, bus baudžiami areštu arba pinigine bauda ligi 2.500 lt. Teippat bus baudžiama ta pačia bauda žindyvė, kuri versis tuo amatu sirgdama venerine liga, arba kas atiduos globoti sergantį venerine liga kūdikį apie tai neįspėjęs.

Už apkrėtimą venerine liga bus baudžiama, kaip už kūno sužalojimą.

Kas prieš susituokdamas sirgs venerine liga, bet apie tai nepraneš antrajai pusei, tas bus baudžiamas papr. kalėjimu.

× **Lietuvos sveikatos d-jos konsultaciniame punkte** sveikatai patikrinti prieš vedybas, Laisvės Alėja Nr. 12, antradieniais 19—20 val. iš eilės dežuruoja: 1) Dr. Gulbinas 1935. III. 5 d. 2) Dr. Trečiokas III. 12 d. 3) Dr. Tercijonas III. 19 d. 4) Dr. Vaičiūnas III. 26 d. 5) Dr. Velbutas IV. 2 d. 6) Prof. Blažys IV. 9 d. 7) Dr. Juškys IV. 16 d. 8) Dr. Ragaišienė IV. 23 d. 9) Dr. Sidaravičius IV. 30 d.

× **Pietų Afrikoj maras.** Pietų Afrikos Orange valstybės šiaurinėje dalyje pradėjo siausti maras. Jau mirė 30 žmonių, jų tarpe 5 europiečiai.

× **Per malarijos epidemiją Ceilono saloje** mirę 30.000 žmonių.

× **Gripo epidemija** ir toliau smarkiai siaučianti Budapešte ir provincijoje.

× **Gripas Istanbule** labai smarkiai siaučia, kad net uždarytos mokyklos ir teatrai.

× **Gripo epidemija Lenkijoje** labai išsiplėtusi, mokyklose serga 50% mokinių, daug serga geležinkeliečių Bet epidemija yra lengvos formos.

× **Gripo epidemija Rumunijoje plinta.** Nėra daugelyje vietų namo, kur nebūtų ligonio.

× **Svarbus Kauno miesto ligoninės statymo reikalu pasitarimas.** Kauno burmistras buvo sušaukęs didesnį šiuo reikalu pasitarimą. Pasitarime dalyvavo: Sveik. dep. dir. dr. Maciūnas, apskr. virš. Sidoravičius, Medic. fak. dekanas prof. Lašas, Lietuvos gydytojų s-gos v-bos pirm. dr. Gudavičius, tarybos nariai: dr. Alekna, prof. Žilinskas, dr. Šliupas ir dr. Finkelšteinas, Val. lig. dir. dr. Petrikas, prof. Avižonis, prof. Kuzma, prof. Mažylis, Medic. ir sanit. skyr. vedėjas dr. Grinius ir Stat. sk. ved. inž. Reisonas.

P. Burmistras pradėdamas pasitarimą paaiškino, kad šitas klausymas jau kelinti metai svarstomas, tačiau nesiseka jo galutinai užbaigti. Burmistras prašo minčių šiais klausimais: a) ar reikalinga Kauno miesto ligoninė statyti, b) jei reikalinga statyti, tai kokio dydžio ji turėtų būti ir c) kurioje vietoje Kauno miesto ligoninė statyti.

Pasitarimo dalyviai pripažino, kad Kaune reikia neatidėliojant ligoninę statyti. Nežiūrint nuomonių skirtumo ligoninę turėtų statyti miestas. Iš visų kalbėtojų buvo daugiausiai siūlymų, pavesti ligoninės statybą ir jos administravimą Universitetui.

× **Atgaivintas mirusis po 30 minučių** Milane, kai jam prof. Bianši išvirkštė adrenalino.

MEDICINIŠKAS SĄMOJUS.

× **Antrą kartą niekas neateina.** Ligonis klausia laukiamajame kambaryje gydytojo patarnautoją:

— Kiek ponas daktaras ima už vizitą?

— Pirmą kartą du doleriu.

— O antrą kartą?

— Nežinau, nes antrą kartą niekas neateina.

× **Gera ligoninė.**

Baltrus: Kai aš pirmą kartą patekau į šitą ligoninę, aš negalėjau nei kalbėti, nei vaikščioti. O dabar matai, koks aš vyras!

Raulas: Ir daug kartų tu joje buvai gydęsis?

Baltrus: Ne, aš nebuvau gydęsis, aš tik šitoje ligoninėje esu gimęs.

× **Ilgaamžiai.** Vienas juokdarys papasakojo šitokį sąmojų:

Tūlam Kauno gydytojui prireikė šimtamečio senio tamtikriems moksliškiems tyrimams. Jo asistentas ir sako:

— Važiuojava į mūsų kaimą, kuriame kaip tik yra šimtametis senis.

Gydytojas sutiko. Nuvažiavę į vieną kaimą netoli Plungės, rado kieme senį malkas kertant. Gydytojas tarė seniui:

— Važiuok, tėvai, su manim į Kauną keletai dienų. Pamatysi sostinę, gal dar savo gyvenime nė kartą nesi buvęs Kaune. Už tavo vargą aš gerai tau atlyginsiu.

— Aš sutikčiau važiuoti, tačiau turiu atsiklausti tėvo, ar jisai man leis važiuoti.

— Tai tamsta turi dar tėvą? — klausia nustebęs gydytojas.

— Turiu, — atsako senis.

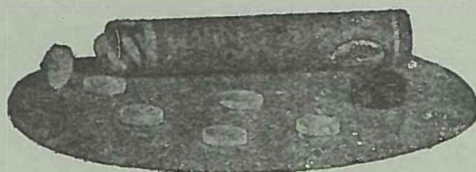
— O kur jisai?

— Ogi su savo tėvu, o mano seneliu, išėjo į girią malkų pasikirsti.

Surinko *Arėjas Vitkauskas.*

Magnesium Peroxydatum

Ger-Ma-Po



Sudėtis	*25%* MgO_2
Indikacijos	Hyperaciditas, obstipatio chronica, virškinamojo trakto sutrikimai dėl nenormalaus rūgimo, skrandžio-žarnų meteorizmas; nenormalus rūgimas dėl skrandžio išsiplėtimo, arba stenozių ir spazmų partis pylorici; angina pectoris dispepsinio pagrindo.
Vartojimas	1—2 tabl. su vandeniu, vieną arba daugelį kartų per dieną, tuoj po valgio.
Įpokavimas	Stiklinįuose vamzdeliuose 20 tablečių po 0,5; atleidžiama ir svoriu.

Akc. B-vės „Varpas“ spaustuvė, Kaunas, Gedimino g. 38.